
22200110196

LEPRA ANESTÉSICA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

LEPRA ANESTÉSICA

QUIGILA (BRASIL). — GAFEIRA (PORTUGAL)

POR

EMILIO R. CONI

Miembro honorario de la *Asociacion Médica Bonaerense*, Director y Redactor en jefe de la *Revista Médico-Quirúrgica*, ex-Practicante Mayor interno (por concurso) del Hospital General de Mujeres y Miembro de la *Société française d'Hygiène* de Paris.







BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE ALSINA — 60

1878

INTRODUCCION

Existe al rededor nuestro un grupo de séres que, atormentados por su dolencia y por la íntima persuacion de su incurabilidad, viven en el aislamiento cual los leprosos de la Biblia, soportando apenas con los pobres frutos de la mendicidad el enorme peso de su desgracia. Me refiero á los infelices atacados por la lepra anestésica.

Nacidos la mayor parte de ellos en medio de la ignorancia y de la indigencia, viviendo en miserables chozas en los suburbios de las ciudades, entregados completamente á los cuidados de curanderos y charlatanes, no han recibido el auxilio que les era dado esperar de la ciencia.

El 23 de Junio de 1877 ingresaba en la Clínica Quirúrgica del Hospital General de Hombres un paraguayo, cuyas manos y piés horriblemente deformados, indicaban á la simple vista que era presa de una grave enfermedad. Las gesticulaciones de su fisonomía y el estado de su cuerpo, trajo á mi espíritu la representacion de uno de esos enfermos atacados de ciertas afecciones nerviosas en que predominan las contracturas. Confieso con ingenuidad que la vista de ese enfermo, despertó en mí un sentimiento de conmiseracion que hizo me interesase por él, con tanta mas razon que despues de un primer exámen pude formar un diagnóstico de presuncion.

Hacia poco tiempo que habia leido unas monografías sobre el *Ainhum*, de los distinguidos médicos brasileros Dres. Moncorvo y Martins Costa. En la parte referente al diagnóstico diferencial, leí bajo el nombre de *gafeira ó quigila* la des-

cripcion de una dolencia exactamente idéntica, á la del enfermo que habia despertado profundamente mi curiosidad. No vacilé pues en clasificar el caso, y levantando la historia, confeccioné una memoria que dirijí á la Asociacion Médica Bonaerense, en prueba de gratitud por la honrosa distincion que me habia acordado pocos dias antes.

Posteriormente tuve la oportunidad de examinar otras enfermas de esta misma dolencia en los arrabales de la ciudad, y á fines de Diciembre del año próximo pasado, resolví emprender un viaje al Paraguay y á la Provincia de Corrientes, con el único propósito de recojer algunas observaciones y hacer un estudio lo mas detenido posible de esta afeccion.

El presente trabajo encierra veinte y una observaciones, de las cuales seis van acompañadas de sus correspondientes láminas fotográficas.

No debo dejar de espresar la profunda sorpresa que me ha producido la opinion de algunos de nuestros médicos mas distinguidos, que han clasificado como pérdida de tiempo la dedicacion consagrada al conocimiento de esta afeccion, que designada por los autores europeos bajo el nombre de *lepra anestésica*, no es muy conocida por la generalidad de los prácticos. La razon en que se apoyan, es que siendo esta una dolencia incurable, los estudios que se hacen sobre ella no llenan el fin práctico á que debe responder la medicina moderna. No estudieis, les replicaré á mi vez, el cáncer, la tísis y tantas otras enfermedades incurables donde se estrella el lujoso y vasto arsenal terapéutico; les diré mas aun, abrigo la profunda conviccion de que si no es posible curar la *lepra anestésica*, por lo menos creo que se puede detener la enfermedad, é impedir ese proceso necrósico que determina tan terribles é irremediables mutilaciones.

Por desgracia, todas las enfermas que han estado sometidas á mis cuidados, son infelices mendigas á quienes he tenido no solamente que socorrer en las premiosas necesidades de la vida, sinó tambien facilitarles los medios para adquirir los medicamentos que les prescribia. Los resultados que he alcanzado

con los escasos recursos terapéuticos de que he podido disponer, me inducen á afirmar que con un régimen conveniente y el empleo de la electricidad, los baños frios, el hierro, el arsénico, etc., es posible detener y mejorar la marcha de la lepra anestésica.

Penetrado de esta idea, paso á hacer la descripcion de la enfermedad, valiéndome de los conocimientos adquiridos en varios libros y de los que he podido deducir del exámen y estudio de mis enfermas.

LEPRA ANESTÉSICA

DEFINICION — SINONIMIA — DIVISION

Dáse el nombre de *lepra anestésica* á una afeccion crónica de larga duracion, caracterizada por pénfigo, hiperestesia, anestesia, atrofia, úlceras y algunas veces por nécrosis de los huesos de las manos y piés, que determina mutilaciones mas ó menos considerables.

Esta enfermedad es conocida por los autores europeos bajo el nombre de *lepra anestésica*, y por otros con el de *lepra dactiliana*, por su predileccion á atacar los dedos de la mano y del pié. Los portugueses la denominan *gafeira* (1), los brasileros *quigila*, y algunos prácticos españoles *gafedad*.

El Dr. Hillairet, médico del Hospital San Luis, decia en una conferencia del año pasado, y á mi juicio con mucha razon, que la lepra, ya reine en Europa ó en América, es siempre

(1) El Dr. Bernardino Antonio Gomes, en su *Ensaio dermosographico ou succinta e systematica descripçao das doenças cutaneas*, define así la gafeira (*elephantiasis abnormis*).

Elefantiasis sin tubérculos, enflaquecimiento en los metacarpianos con contraccion y deformidad de los dedos, con ataques dolorosos como artríticos, ó con grandes úlceras en las estremidades. Aparicion por debilidad en el estensor de la segunda falange de los dedos mínimo y anular de rubicundeses elefantiásicas y de algunos tubérculos, en los negros de una caspa peculiar (*Pityriasis œthiopum*).

una misma entidad mórbida. Este autor admite cinco formas: la forma *tuberculosa*, la forma *maculosa*, *anestésica*, *atrófica* y la forma *mutilante* ó *ulcerosa*. Esta division no se funda sinó sobre variedades que se refieren, ó al órden de aparicion, ó á la marcha, ó á la duracion de los fenómenos mórbidos.

El Dr. Hebra, afamado profesor de Dermatología de la Universidad de Viena, no admite mas que tres formas: 1ª *lepra tuberosa* ó *tuberculosa*; 2ª *lepra maculosa*; 3ª *lepra anestésica*.

Danielssen y Boeck que han escrito una escelente obra sobre la *Spedalskhed* ó *elefantiasis de los Griegos*, no admiten mas que dos formas de lepra, la forma *tuberculosa* y la forma *anestésica*.

Debiendo elejir una de las opiniones que han emitido estos sábios eminentes, me inclino á aceptar la division de Hebra, porque á mi modo de ver es la que mas concuerda con los hechos que suministra la esperiencia.

La division de Hillairet no es exacta, puesto que la forma atrófica puede ser comprendida en la anestésica, porque como veremos mas adelante al ocuparnos de la sintomatología, la atrofia de los tejidos blandos coincide siempre con la forma anestésica, y no hay razon alguna para constituirla en una especie distinta.

Respecto á la forma *mutilante* ó *ulcerosa*, creo que conviene hacerla entrar igualmente en la forma anestésica á la cual acompaña en la mayoría de los casos.

No acepto tampoco la division de Danielssen y Boeck, porque la forma maculosa admitida por Hillairet y Hebra suele existir muchas veces aislada.

ETIOLOGÍA Y DISTRIBUCION GEOGRÁFICA

Pocos son los datos que posee actualmente la ciencia con respecto á la etiología de la lepra anestésica. A pesar de los interesantes estudios de Danielssen y Boeck, Hebra, Virchow y tantos otros sábios distinguidos, sabemos solamente que esta afeccion reviste la forma endémica en algunos paises, precisamente aquellos en que reina la forma tuberculosa.

Creo firmemente que la relacion entre estas dos formas es indiscutible, y añadiré algo mas: sospecho que las personas atacadas de lepra anestésica descienden en general de padres ó abuelos que han padecido la forma tuberculosa. No puedo apoyar con hechos prácticos esta opinion, porque desgraciadamente las numerosas enfermas que he tenido ocasion de examinar, no poseen en su mayor parte antecedentes de familia.

Para que se vea el gran campo de accion donde ejerce su influencia la lepra, haré una enumeracion de todos aquellos paises donde reina endémicamente:

Egipto, Abisinia, Nubia, Sudan, en las costas Norte, Oeste y Este del África, así como en el cabo de Buena Esperanza, en Madagascar, en las islas Mauricio, Borbon, Santa Helena, islas Canarias y Azores, en Arabia, Persia, Siria, sobre las costas y muchas islas del Mediterráneo, Noruega, Islandia, Palestina, Asia Menor, en el Sud de la Francia, en Grecia, en el archipiélago griego, en las islas Jónicas, en Crimea, en la India, China y Japon, en Panamá, Nueva Orleans, Méjico, Antillas, Guayana, Paraguay, Brasil y República Argentina.

Despues de haber estudiado la manera de presentarse la lepra anestésica en varios paises, me permito llamar la atencion, sobre el hecho de que entre nosotros esta dolencia se manifiesta siempre exenta de tubérculos y de otros fenómenos mórbi-

dos que suele ofrecer en algunas comarcas, razon por la cual nuestro clima ó bien otras causas que ignoro, le han impreso un sello particular, pues se presenta á nuestra observacion con cierto grado desusado de pureza y limitando las perturbaciones á las manos y piés y algunas veces á los ojos.

En la memoria que presenté á la Asociacion Médica Bonaerense el año 1877, habia afirmado fundándome en comunicaciones recibidas del distinguido Dr. Moncorvo, que la gafeira ó quigila era una afeccion bastante comun en el Brasil. El Dr. Martins Costa, redactor principal de *O Progreso Médico* de Rio Janeiro, dió á luz en el número del 20 de Setiembre de 1877 de esta publicacion un artículo bibliográfico sobre nuestra memoria; despues de algunas reflexiones, el Dr. Martins Costa se espresaba así:

« La enfermedad no es tan comun en nuestro país, como supone el autor de la memoria, y mientras que la elefantiasis de los Griegos es muy frecuente, especialmente en algunas provincias tales como Minas-Geraes, San Paulo, Goyáz, Pará, etc, los casos de quigila son muy raros desde la abolicion del tráfico africano.

« Es que la quigila ó gafeira es mas frecuente entre los negros que en los individuos de otro color y mas entre los africanos que entre los criollos. Como la *mácula* y las *boubas*, la quigila se vuelve cada vez mas rara entre nosotros.

« Hemos visto y observado tanto en la clínica civil como en el hospital, muchos casos de elefantiasis de los Griegos, pero todavia no hemos tenido ocasion de tratar un solo caso de quigila. »

Como se vé el Dr. Martins Costa, contrariamente á la opinion del Dr. Moncorvo, cree que la quigila es muy rara en el Brasil desde la abolicion del tráfico negrero.

No hemos observado mas que dos enfermas negras, la una africana y la otra paraguaya. En la primera hace cuarenta años que ha comenzado el padecimiento y en la segunda, que no ha abandonado jamás el Paraguay, hace siete años que se vé atacada por la lepra.

SINTOMATOLOGÍA

> La lepra, inutilizando las manos del hombre, sumerge al rey de la creacion en la impotencia.

He dicho anteriormente que la lepra podia presentarse bajo tres formas principales: la tuberosa ó tuberculosa, la maculosa y la anestésica. Me ocuparé esclusivamente de la sintomatología de esta última variedad, aunque se suelen hallar algunas veces asociadas dos formas en un mismo enfermo.

Despues de un período prodrómico, mas ó menos largo, en que el individuo acusa un malestar general, inapetencia, tristeza, etc., se declaran los síntomas propios á cada una de las especies de lepra.

Aquellos en quienes va á declararse la forma anestésica, acusan cierta torpeza de las manos para los quehaceres comunes y no tardan mucho en hacer una aparicion rápida algunas *burbujas* ó *ampollas* (1) en las manos, que varian por su forma y dimensiones, pudiendo en ciertos casos ocupar toda la palma de la mano. He podido observar en un solo caso estas ampollas, y á mi juicio la denominacion acordada por los autores de *pénfigo leproso* es bien adecuada. No ha dejado de llamar mi atencion, el hecho de que la mayor parte de mis enfermas me hayan referido, al investigarles los conmemorativos de su afeccion, que la aparicion de estas ampollas fuese debida á la accion del calórico, tratando estas desgraciadas de hallar una causa evidente para la esplicacion del fenómeno.

(1) La aparicion de las *ampollas* es de tanta importancia para Danielssen y Boëck, que segun estos autores una vez que aquellas aparecen, se puede tener la conviccion de que la lepra anestésica no tardará mucho en manifestarse.

Las ampollas duran un tiempo generalmente corto; se rompen dando salida á un líquido trasparente y son reemplazadas ó bien por una úlcera, ó bien por una placa blanca persistente y sin pigmento. Lo primero puede comprobarse por la lectura de las diversas observaciones, y lo segundo se ha producido en la enferma de la observacion 4ª que siendo una negra africana, ofrece en ambas manos y en todos aquellos puntos donde anteriormente han existido ampollas, manchas completamente blancas por la desaparicion del pigmento.

La aparicion periódica de las vesículas, dice Hebra, puede durar varios años, sin que se observe otros fenómenos sensibles de la lepra. A parte de los síntomas generales intercurrentes, tales como fiebre, dolores reumatóideos, etc., los enfermos se hallan por lo general contentos y con las apariencias de buena salud.

No tarda mucho en aparecer despues la *hiperestesia cutánea* que se revela casi siempre por el *hormigueo.* Basta recorrer los conmemorativos de nuestras enfermas, para ver que estos fenómenos pueden reputarse como constantes al principio de la dolencia.

La sensibilidad cutánea está tan exaltada, que los enfermos acusan intensos dolores al mas simple tocamiento, á la mas ligera presion. En algunos casos la sensacion que perciben es como si se tratase de una conmocion eléctrica. Felizmente este fenómeno mórbido no suele durar mucho tiempo, de manera que algunos pacientes se ven obligados mientras dura á abandonar sus quehaceres. La enferma de la observacion segunda, que está atacada por los síntomas prodrómicos de la lepra anestésica, se vé obligada mientras existe el hormigueo y la hiperestesia cutánea á abandonar la aguja.

La hiperestesia queda limitada algunas veces á ciertas regiones y otras á toda la piel de las manos y piés. Es de advertir que la enfermedad comienza en la casi totalidad de los casos atacando una ó ambas manos conjuntamente.

La descripcion que hace Fernando Hebra de este período del

padecimiento, concuerda con los datos que he recogido de mis enfermos.

« El rostro de los pacientes, dice el autor citado, tiene una espresion de dolor. Permanecen siempre en su lecho, inactivos, absortos, porque la marcha les es muy penosa ó imposible; el contacto de los objetos les causa sufrimientos de todas clases, quemaduras, punzadas y fenómenos reflejos, tales como estremecimientos y temblores de todo el cuerpo. Algunas veces hay que darles de comer porque no pueden tomar la cuchara, el tenedor, el vaso y llevarlos á la boca. En ese momento se puede hallar ya ciertos nervios sub-cutáneos tumefactos de una manera regular ó presentando dilataciones nudosas y muy dolorosas á la presion (nervio cubital entre el cóndilo interno del húmero y el olécranon, nervio mediano, radial, braquial, plexo cervical, nervio tibial, peroneo, etc.»

La cesacion de los fenómenos que acabo de mencionar, vá á colocar al enfermo en una bien triste situacion; no pasará mucho tiempo en que se aperciba de que sus manos y piés son el sitio de una *anestesia* mas ó menos completa. Por lo comun, esta se manifiesta sobre regiones anteriormente hiperestesiadas, ó bien sobre aquellos puntos, que, asiento anterior de ampollas ó vesículas, ofrecen actualmente placas de despigmentacion (1).

Llegada á este período la afeccion, el enfermo comprende casi siempre la gravedad de su situacion. En la enferma de la observacion quinta, le aplicaron en una ocasion sinapismos en las pantorrillas y plantas de los piés y como la accion rubefaciente de la mostaza no se hiciese sentir, dejó la madre de la enferma estos sinapismos aplicados durante toda la noche y al siguiente dia, como se comprende fácilmente, encontró la enferma que el *remedio inactivo* habia ocasionado una accion cáustica intensísima.

La enferma de la observacion sesta fué á visitar á una amiga

(1) La anestesia no se limita á atacar la piel sinó tambien los tejidos profundos, y asi se comprende como los enfermos puedan quemarse hasta la carbonizacion, ó sufrir amputaciones considerables sin esperimentar la mas mínima sensacion dolorosa.

y esta la invita con un mate; de regreso á su casa se encontró con una flictena que ocupaba casi toda la palma de la mano.

El enfermo de la observacion décima calentaba un dia agua con ápio cimarron y habiendo accidentalmente colocado la mano derecha sobre el fuego, observó al retirarla que se hallaba cubierta en su dorso por una gran ampolla. Podria mencionar otros hechos análogos, pero los que dejo apuntados bastan para demostrar, que la anestesia cutánea no tarda mucho en sobrevenir despues de declararse la enfermedad.

La distribucion de la insensibilidad es bastante irregular, en el sentido de que no corresponde su localizacion al dominio de un nervio determinado. Algo mas, puede la anestesia durar algun tiempo, desaparecer é ir entonces á situarse en otras regiones hasta entonces inmunes.

No ignoramos que la sensibilidad se manifiesta bajo la forma de cuatro modalidades: la sensibilidad táctil, dolorosa, térmica y eléctrica.

El estudio de estas diferentes manifestaciones de la sensibilidad en mis enfermas, me ha sugerido la idea de que él podrá ser utilizado ventajosamente en la dilucidacion de las funciones de los nervios.

En efecto, en la afeccion que nos ocupa, la primera sensibilidad comprometida es por lo comun la táctil. Los enfermos acusan una torpeza de las manos que corrigen en gran parte por la vision; la marcha es vacilante, no se dan cuenta exacta del suelo, y asi les es oido con frecuencia decir: tengo los piés *adormecidos*, camino como sobre algodon, y otras espresiones análogas á estas, que han traido á mi mente los fenómenos que tienen lugar en la ataxia locomotriz.

Por órden de embotamiento ó desaparicion, vienen despues de la sensibilidad táctil, la dolorosa y la térmica. La sensibilidad eléctrica persiste por mucho tiempo y cuando llega á desaparecer ó á manifestarse muy débil, es cuando la dolencia está en un período avanzado.

La inactividad de las funciones de los nervios, tiene que acarrear forzosamente una perturbacion en la nutricion de los teji-

dos que están influenciados por dichos nervios enfermos, perturbacion que se revela por la atrofia, puesto que conocemos muy bien la accion del sistema nervioso sobre la nutricion y no ignoramos tampoco que los elementos anatómicos que no reciben flúido nervioso, permanecen en un estado aparente de vida, porque el sistema sanguíneo no les niega una parte de su líquido nutritivo.

La atrofia de los tejidos blandos que cubren las manos de los enfermos atacados de lepra anestésica, les dá un aspecto particular y característico, si se tiene presente que, conjuntamente con la anestesia ó poco tiempo despues de declararse esta, sobreviene la contractura de los tendones flexores de las manos y que estas se parecen segun los autores franceses á *griffes* y segun los españoles á *gafos,* de donde el nombre de *gafedad*, dada por ellos á la enfermedad.

El Dr. Meillet, que ha escrito una escelente monografia sobre las deformaciones permanentes de la mano, se espresa asi, al describir las manos de los individuos atacados por la lepra anestésica :

« He aquí una mano *(véanse las láminas* 1ª, 3ª, 4ª y 6ª) que se podria tomar por una mano de atrofia muscular progresiva. Es en efecto una mano de atrofia muscular, la desaparicion de las eminencias tenar é hipotenar, la escavacion de la cara palmar de la mano, la eminencia del hueso ganchoso, del pisiforme y de la cabeza del quinto metacarpiano, la de las estremidades del primero que dan al borde esterno de este metacarpiano la curva de convexidad interna que posee en el esqueleto, son otros tantos signos que no permiten dudar de la atrofia muscular. Además, en el dorso de la mano existe atrofia de los interóseos, sobre todo del interóseo dorsal del pulgar y del dedo meñique. Asi pues la mano nos ofrece, en el mas alto grado, la deformacion conocida bajo el nombre de *gafos* de los interóseos, y el pulgar, cuya cara palmar mira adelante ha venido á colocarse cerca del segundo metacarpiano.

« La primera falanje de los dedos está en estension, especialmente la del dedo meñique; las otras en flexion forman el gafo

mas apretado que pueda imaginarse, puesto que las estremidades del medio y del índice han venido á ponerse en contacto con la estremidad superior de la cara *palmar de las primeras falanjes invertidas.*

« En fin, la uña del auricular ofrece una deformacion sobre la cual insistiremos bien pronto y los tendones de los flexores de los dedos forman eminencia en la palma de la mano.

« A pesar de su gafo tan caracterizado, á pesar de la atrofia de sus músculos, esta mano no pertenece á la atrofia muscular progresiva, pues se distingue de ella por la anestesia local y la contractura permanente de los flexores de sus dedos, es la mano de la lepra ó elefantiasis de los Griegos. »

Esta completa y exacta descripcion hecha por el Dr. Maillet, cuyo texto íntegro he trascrito, puede ser comprobada por el lector, echando una ojeada sobre las fotografias que acompañan á este trabajo.

He dicho ya anteriormente que las ampollas que aparecen en las manos y piés de los enfermos atacados de lepra anestésica se rompen no dejando mas que una lijera cicatriz ó bien una placa de despigmentacion. Pero lo mas á menudo sucede, que rota la ampolla queda en su lugar una úlcera de carácter atónico, de bordes muy callosos, de fondo pálido y exudando un pus seroso, fétido. Estas úlceras completamente indolentes, se cubren algunas veces de una costra vidriosa. Las falanjes de los dedos se necrosan y son eliminadas íntegras ó en fragmentos por las superficies supurantes; es entonces que la lepra toma el nombre de *amputante* ó *mutilante.*

Con frecuencia se halla en la planta del pié un tumor fluctuante que, abierto al esterior, dá salida á una cierta cantidad de pus y deja ver en su fondo uno ó mas huesos necrosados que una vez eliminados permiten la cicatrizacion de la úlcera, pero dejan por desgracia mutilaciones irremediables. Es indudable que en estos casos se trata de una gangrena, unas veces seca y otras húmeda, determinada por la falta de influencia nerviosa. Como prueba del alto grado de mutilacion que puede ocasionar esta terrible afeccion, citaré la enferma de la observa-

cion 5ª (*Véase lámina* 2ª) que no posee mas falanje que una en el pulgar de la mano izquierda.

Cuando la anestesia es completa en las partes blandas, se anuncia entonces el proceso necrósico del padecimiento. Sucesivamente los dedos del pié y de la mano van desapareciendo. El enfermo acusa dolores lancinantes en el hueso mismo y en algunos casos sobreviene una reaccion general intensa, caracterizada por fiebre, delirio, vómitos, etc. Cuando la segunda falanje necrosada cae, la tercera se retrae sobre la primera y el dedo con un aspecto particular parece no poseer mas que dos articulaciones deformes.

No siempre la lepra anestésica mutila los piés y manos de los enfermos, pues á veces limita sus estragos á las estremidades superiores, colocando los dedos de las manos encorvados á modo de ave de rapiña, con impedimento en los movimientos, ligera anestesia y torpeza de los piés, sin pasar esta valla, sin producir ulceraciones ni demás alteraciones.

Las alteraciones que sufre la piel de las manos y piés son curiosas por mas de un concepto. He oido decir con frecuencuencia á mis enfermas que desde el principio de la dolencia habian observado la desaparicion del sudor en las regiones afectadas. Este fenómeno me lo he esplicado por los progresos de la atrofia cutánea, que dá razon igualmente del engrosamiento, deformidad y caida de las uñas, de la caida de los pelos y del estado apergaminado, liso, seco y descolorido de la piel. En una palabra, las secreciones sudorípara y sebácea desaparecen y la piel pierde su elasticidad.

Mientras que tienen lugar estas perturbaciones, el enfermo enflaquece y su mirada adquiere una espresion de sufrimiento y al mismo tiempo de estupidez.

Las lesiones que se pasan en el órgano de la vision, están perfectamente descritas por Danielssen y Boeck de esta manera:

« La region del músculo orbicular de los párpados pierde su plenitud; el párpado abandona en cierto modo el bulbo, este fenómeno se vé claramente hácia el ángulo esterno. El punto lagrimal está saliente y abierto, y las lágrimas se deslizan por

las mejillas (1). La conjuntiva se inyecta mas y se nota ciertas pequeñas vesículas que se forman en la córnea, se rompen y se curan. El párpado inferior se retira mas y mas del bulbo; el ángulo interno se ensancha. Las carúnculas lagrimales se atrofian y se hace entónces visible la conjuntiva de los párpados. El ojo segrega solamente un muco viscoso, blanco-amarillento, por el cual está cubierto, y cuando se cierra deja á descubierto una parte del bulbo. El enfermo se queja de pesadez y rigidez en el párpado inferior. Este ha perdido su turgecencia, razon por la cual se cae; su borde forma un arco cuya concavidad está atraida inferior y esteriormente y la mayor parte de la conjuntiva palpebral se halla asi á descubierto. El punto lagrimal como tambien la carúncula lagrimal han desaparecido por completo. El tarso continúa adelgazándose mas y mas, hasta ocultarse del todo; existe entonces un ectropion completo. Las pestañas han caido; la conjuntiva palpebral se ha vuelto mas pálida, ha dejado de segregar y ha contraido una perfecta semejanza con la piel (2). El mismo bulbo está muy seco; no se percibe mas que ciertos filamentos viscosos y se forma en la córnea opacidades » (3).

(1) Este fenómeno ha existido en muchas de mis enfermas.

(2) Véase la primera observacion.

(3) Las opacidades de la córnea, segun el profesor Dr. Aguirre, que ha observado el enfermo de la observacion décima, ofrecen todos los caractéres de las que se presentan en la afeccion descrita por los oftalmologistas bajo el nombre de *necrósis neuro-paralítica,* lo que vendria á identificar por la comunidad de causa las lesiones de la córnea y las que se verifican en las manos y piés de los enfermos.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA PATOLÓGICAS

No habiendoseme presentado la ocasion de hacer un estudio anátomo-patólogico de esta afeccion, me limitaré á hacer un resúmen de lo mas importante que traen los autores que he consultado.

Es indudable que las múltiples alteraciones que se desarrollan en esta forma de lepra, son debidas á las lesiones de los nervios de las regiones afectadas. Virchow dá de ellas la siguiente descripcion:

«Si se sigue el trayecto de un nervio un poco largo, por ejemplo del nervio cubital, del nervio mediano ó del peroneo, se observa en general una dilatacion no regular y uniforme, pero que se muestra á ciertas distancias. Esta dilatacion se observa lo mas á menudo en los puntos en que el nervio, por su posicion superficial ó por sus relaciones con los huesos, está mas espuesto á influencias mecánicas ó térmicas. Así he hallado el nervio mediano hinchado sobre todo al nivel del punto en que pasa sobre los huesos del carpo y debajo del ligamento trasversal de la muñeca, mientras que es en general á la altura del codo que el nervio cubital es mas voluminoso. A medida que uno se acerca de los puntos mas gruesos se vé alterarse el color de los nervios. El aspecto blanco que tienen en el estado normal, se vuelve mas y mas gris, trasparente, que tira ora al moreno, ora al negro (gris de humo); al mismo tiempo el nervio es mas firme, algunas veces completamente duro (esclerosado). Sobre un corte trasversal, la masa interna parece mas homogénea que en el estado normal. Al microscopio se vé ya con un débil aumento, los principales rasgos de la alteracion.

«El tejido celular laxo (la vaina esterior de los nervios) que reune entre sí un cierto número de manojos nerviosos, no ofre-

ce casi alteracion alguna, á no ser que los vasos que contiene tienen paredes engrosadas. La cubierta propiamente dicha de los nervios (neurilema) está ordinariamente alterada, pero no siempre del mismo modo; así algunas veces la alteracion es muy insignificante, otras veces por el contrario, el neurilema está trasformado en una materia muy dura y como callosa. Pero las alteraciones mas importantes están situadas profundamente, en los tabiques internos de los manojos nerviosos y en la sustancia nerviosa intersticial. Comienzan inmediatamente debajo del neurilema, en que se halla depositada una materia que refracta fuertemente la luz y de allí se les encuentra inmediatamente en los grandes tabiques que dividen el manojo nervioso en una série de manojos mas pequeños.

«Si se emplea un aumento mayor, se vé facilmente que la materia mas oscura que llena estas partes, está formada por una aglomeracion compacta de células y que esta materia está depositada no solamente en la direccion de los grandes tabiques celulosos, sinó que tambien existe entre las fibras nerviosas primitivas que rodea y que envuelve.»

Estas lesiones descritas por Virchow tienen que terminar, cuando la afeccion dura largo tiempo, por la trasformacion grasosa y aun por una atrofia completa de las fibras nerviosas primitivas.

Las alteraciones del sistema nervioso, que se limitan algunas veces esencialmente á los órganos centrales de este sistema, son descritas de esta manera por Danielssen y Boeck:

«Desde que la anestesia se ha pronunciado claramente, los vasos sanguíneos, sobre todo las venas de la superficie posterior de la médula espinal (*venæ espinales internæ posteriores*) están inyectadas de sangre y se percibe en el tejido seroso de la aracnóides, una exudacion albuminosa mas ó menos estensa. Esta exudacion, que invade una parte de la membrana aracnóidea, cubriendo la superficie posterior de la médula, es bastante circunscrita y tiene su sitio, ora en la region cervical, ora en la dorsal, ora en la lumbar. Se estiende lo mas á menudo hácia las raices posteriores de los nervios. Por el contra-

rio, invade muy rara vez la parte que cubre la superficie anterior de la médula espinal.

«Hemos encontrado algunas veces en este punto la exudacion, pero sin que jamás se apoderase á la vez de la superficie posterior. La aracnóides está firmemente adherente á la pia-madre en el lugar en que existe esta exudacion, de manera que se puede con facilidad desprenderla de la sustancia medular. Esta ha adquirido una mayor resistencia en los puntos que corresponden á la exudacion mencionada, sin estar en alto grado inyectada de sangre. La sustancia gris, que cambia algunas veces de color, es aquí mas pálida, mas consistente, mas compacta y algo inyectada de sangre. Cuando la anestesia se ha completado, cuando la enfermedad ha alcanzado igualmente su punto culminante, se halla frecuentemente un derrame sero-albuminoso considerable entre la dura-madre y la aracnóides. En todo el tejido sub-seroso de la aracnóides existe una exudacion albuminosa espesa, de color blanco amarillento y atrás mas espesa y opaca. Existe una adherencia entre la aracnóides y la pia-madre, de manera que estas dos membranas se tornan algunas veces tan espesas y tan opacas que se asemejan á la dura madre. A menudo esta exudacion albuminosa entre estas membranas, tiene un espesor de dos á tres líneas y envuelve por completo la médula espinal.

«La sustancia espinal misma está un poco inyectada de sangre y ha adquirido una consistencia y tenacidad tal que se asemeja en algun modo á la sustancia cartilaginosa. Si se la corta produce un sonido crepitante y si se la comprime, se vuelve aplanada de redonda que era y sin que su cohesion sea alterada. En general ha perdido un poco de su vólumen; es mas delgada y puede aun estar atrofiada á punto de no ser mas gruesa que un porta-pluma, pero sin dejar de conservar su primitiva firmeza.

«La sustancia gris ha cambiado completamente de aspecto, ha contraido un color amarillo sucio, que se aproxima mucho al que pertenece á la sustancia medular. La exudacion albuminosa se estiende tambien sobre las raices de los nervios, solamente en el interior del canal vertebral. En algunos casos,

hemos hallado, visiblemente atrofiado el plexo axilar y el plexo isquiático y los nervios mas considerables que parten de estos plexos. Las alteraciones señaladas han sido siempre mas pronunciadas en las regiones cervical y lumbar de la médula espinal. En esta circunstancia, la esclerosis, como tambien la atrofia y las exudaciones, han alcanzado su apogeo, mientras que la region dorsal ha sido siempre menos afectada. Una vez, una pequeña parte de la médula espinal se ha presentado completamente reblandecida y otra vez hemos hallado varios puntos de osificacion en la aracnóides, lo que consideramos como accidental y estraño á la *spedalskhed.* Hemos hallado siempre en la cavidad cerebral y debajo del tejido sub-seroso de la aracnóides, una exudacion sero-albuminosa y mas ó menos copiosa, que á menudo era tan espesa, que llenaba los surcos cerebrales y hacia del todo opaca á la aracnóides. La pia-madre estaba tan adherida á la aracnóides por causa de la exudacion mencionada, que se podia separar con suma facilidad dichas membranas que tenian un espesor de varias líneas. Esta exudacion no se habia limitado solamente en la parte aracnóidea que cubre la superficie superior del cérebro, sinó tambien á las prolongaciones de la aracnóides; pero se estendia á la base del cérebro, en que era muy considerable al rededor del orígen de ciertos nervios. A menudo habia tambien una inyeccion sanguínea mas ó menos pronunciada. La sustancia cerebral era por lo general mas dura que en el estado normal, en parte algo tenaz, en parte algo inyectada de sangre. Habia igualmente á menudo en los ventrículos, un derrame acuoso mas ó menos abundante, bien que jamás en grado elevado y significativo. Lo que por el contrario, ha llamado mas particularmente la atencion, son las alteraciones en el gánglio de Gasserio, cuando la enfermedad habia persistido, esto es, cuando la anestesia se habia mas ó menos desarrollado en la cara. Habia por lo comun una exudacion sero-albúminosa que algunas veces era tan considerable que la duramadre se habia distendido y formaba eminencia en su lugar. Esta exudacion albuminosa era espesa, bastante opaca; los filetes nerviosos del gánglio, estaban por decir así, unidos entre sí;

pero sin que se estendiesen fuera de sus ramificaciones. Hemos examinado el nervio oftálmico y el maxilar superior sin haber descubierto nada de particular, y observado igualmente la exudacion descrita en el orígen de los nervios como tambien al rededor del sétimo par. Cuando ha sido posible hemos examinado algunas de sus ramificaciones, sin haber observado sobre ninguña de ellas alteracion particular. El cerebelo se ha encontrado por lo comun en estado normal; solamente dos veces su sustancia gris era blanda, no obstante en grado poco sensible. La protuberancia anular del mismo modo que la médula oblongada estaban normales. Pero, como antes lo anunciamos, existia en la parte aracnóidea que las cubre pequeñas exudaciones albuminosas. »

Tratemos pues de esplicar por los datos que nos suministra la anatomía-patológica, algunos de los síntomas de la lepra anestésica.

He dicho al hablar de la sintomatología, que despues del pénfigo sobrevenia en los enfermos una estremada sensibilidad cutánea, esto es, una hiperestesia. Este fenómeno corresponde al proceso inflamatorio que tiene lugar en un cierto número de filetes nerviosos. Esta inflamacion dá orígen al exudado particular á que se refiere Virchow, que comprimiendo las fibras nerviosas, interrumpe la comunicacion de los centros con las regiones en que aquellas se distribuyen, en una palabra, determina la anestesia.

Necesito recordar aqui la distribucion irregular de la anestesia y su desaparicion de aquellos puntos donde anteriormente existia, para explicar ambos fenómenos por la anatomia patológica. El primero debe atribuirse á la irregularidad en la formacion y depósito del exudado y el segundo á que la infiltracion inflamatoria puede, al principio de la enfermedad, ser réabsorbida completamente y hacer cesar así la presion que ejercia sobre las fibras nerviosas.

Una vez que el depósito de células, dice Hebra, es abundante, uniforme y difuso, cuando el espesamiento del neurilema se ha establecido de una manera constante, entonces la compre-

sion se vuelve persistente y por consiguiente la parálisis de la sensibilidad, sobre todo en los casos en que la sustancia nerviosa misma es el sitio de una transformacion grasosa ó se atrofia.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la lepra anestésica no ofrece por lo general ninguna dificultad á causa de que sus caractéres son bien señalados.

En sus primeros períodos es muy difícil reconocerla, esto es, cuando no se manifiesta sinó por síntomas generales ó por el pénfigo leproso. El médico debe tener presente siempre la localidad donde haya nacido ó vivido el enfermo. Efectivamente, no en todos los casos en que se presentan los síntomas prodrómicos que he descrito al ocuparme de la sintomatología y en aquellos en que se observa el pénfigo, deberán ser sospechados como casos de lepra anestésica. Opino que en estas circunstancias debe investigarse bien los antecedentes de familia con el objeto de descubrir la existencia de una de las formas de la lepra en los ascendientes ó colaterales ; algo mas, creo que los enfermos afectados de lepra anestésica descienden casi siempre de padres ó abuelos elefantiásicos con tubérculos. Las enfermas que he examinado, no me han podido servir para aclarar esta cuestion, porque en su mayor parte no poseen antecedentes de familia y algunas no han conocido sus padres.

En algunos casos la lepra puede revestir una forma tal, que permite confundirla con otras afecciones. Pasaré en revista estas, tratando de establecer el diagnóstico diferencial.

SÍFILIS

Las formas iniciales, dice Hebra, en las cuales se vé sobrevenir sobre el tronco estensas manchas del tamaño de la uña, de un rojo rosado, empalideciendo bajo la presion del dedo, se parecen bastante á la roseola sifilítica. El error es todavia mucho mas fácil cuando del centro de cada mancha se levanta una nudo-

sidad de un color rojo oscuro; se cree hallar entonces una sifilides maculo-papulosa.

He tenido la oportunidad de ser consultado por un enfermo, que creia estuviera atacado por la forma maculosa de la lepra.

La historia del enfermo es la siguiente:

Miguel M...., italiano, sastre, de 52 años de edad, de constitucion fuerte y temperamento nervioso sanguíneo, fué sometido á mi exámen el 1º de Noviembre de 1877.

Los antecedentes de familia carecen de importancia.

En su juventud tuvo una blenorragia. El año 1862 sufrió un ataque cerebral complicado con un estado gástrico, cuya convalecencia se prolongó por bastante tiempo. Antes de este trastorno sobrevenido en su salud tocaba el trombon, que segun él, debe haber ejercido influencia en la produccion de ciertos *ataques* que se desarrollaban de vez en cuando de esta manera: en medio de un bienestar aparente se oscurecia su vision, percibia numerosos cuerpos luminosos y obligado á guardar cama en seguida, era acometido por cefalalgias intensísimas que desaparecian por las sangrías y la medicacion revulsiva. Ha padecido tambien á menudo diversas neuralgias, por cuya razon tomaba frecuentemente la quinina.

Llegó á Buenos Aires el año 1870 y aquí volvió á sentir nuevamente los fenómenos patológicos que habia tenido en Italia.

Hace próximamente un año tuvo un chancro que desapareció en pocos dias sin haber intentado tratamiento alguno.

En el mes de Mayo de 1877 le apareció en el borde cubital de la mano izquierda y cerca de la eminencia hipotenar una mancha pequeña de un color violáceo, dolorosa á la presion y no formando eminencia arriba de la superficie cutánea. Algun tiempo despues se golpeó accidentalmente el borde de la mano y al siguiente dia notó con pesar que la mancha se habia agrandado. Sobrevinieron despues accesos febriles nocturnos, debilidad y dolores en el antebrazo derecho, especialmente en el codo, al nivel de la epitroclea, enflaquecimiento, etc., etc. La mancha se fué agrandando hasta alcanzar las dimensiones que hoy ofrece.

Consultó á varios facultativos quienes estuvieron unánimes en afirmar que se trataba de accidentes sifilíticos, por cuyo motivo fué sometido al tratamiento adecuado, que no ha producido otra cosa que aliviar un tanto los dolores del paciente.

Es digno de observarse que el enfermo no ha tenido ninguna erupcion cutánea, ni úlceras en la garganta, ni dolores osteóscopos etc.

Estado actual. — Segun referencia del paciente el enflaquecimiento se ha acentuado desde el aumento de superficie de la mancha cutánea. Esta se halla situada en la parte inferior del antebrazo derecho, en su borde cubital, y se estiende mas hácia la cara posterior que hácia la cara anterior; esta mancha comprende igualmente el borde cubital de la mano y en parte á la eminencia hipotenar. El color de esta mancha es un violáceo intenso, tiene una forma algo irregular, no hace eminencia, la piel está en este punto algo engrosada sin que no obstante pueda decirse que la mancha esté constituida por una infiltracion plástica.

Esta mancha ha sido anteriormente y es todavia algunas veces el asiento de dolores sumamente intensos que se propagan á lo largo del antebrazo.

El nervio cubital en la porcion perceptible debajo de la piel demuestra estar engrosado, siendo muy sensible al contacto de los dedos del esplorador.

Los dedos de la mano derecha están muy entorpecidos, de manera que el enfermo no se sirve de ellos sinó con bastante dificultad. El dedo anular y el meñique ofrecen en su porcion dorsal dos pequeñas manchitas violáceas pero de una coloracion mas pálida que la que arriba hemos descrito.

Respecto á la sensibilidad del antebrazo y de la mano, puede afirmarse que la esfera de inervacion de la parte cubital está bastante anestesiada y que la de la parte radial lo está mucho menos. Las sensibilidades dolorosa y térmica están completamente abolida al nivel de la mancha y en muchos puntos de la piel sana del antebrazo.

Comparando ambos antebrazos se observa cierto enflaquecimiento en el lado enfermo, esto es, en el izquierdo, donde los músculos se hacen tambien mas perceptibles debajo de la piel.

Diagnóstico. — La manera de declararse la afeccion, los caractéres de la mancha, la hiperestesia cutánea existente en cierto período de la dolencia, la limitacion del proceso mórbido á una sola mano y antebrazo, las perturbaciones de la sensibilidad, etc., etc, me hicieron inclinar al diagnóstico de una forma de lepra llamada maculosa. Esta opinion la manifesté á mi apreciable amigo el Dr. Lloveras, quien se prestó gustoso á examinar al paciente. Este inteligente médico disentia sin embargo en su modo de pensar: para él se trataba de manifestaciones sifilíticas.

Esta cuestion era fácil de resolver por medio de la piedra de toque usada en dichos casos. Convinimos con el Dr. Lloveras en insistir nuevamente con un tratamiento por el ioduro de potasio unido al fierro; por mi parte ordené al enfermo la aplicacion diaria de la electricidad á corrientes continuas.

He visto al enfermo á principios del mes de Mayo de 1878 y segun me ha referido se halla muy mejorado y abriga la esperanza de que la curacion ha de ser radical.

La lectura de esta historia permite comprender que el caso se prestaba fácilmente á un error de diagnóstico. El color de la mancha, su aspecto brillante, su hiperestesia, la manera de comenzar la enfermedad, las nudosidades del nervio cubital que esplicaban la anestesia en la zona de distribucion de este nervio, todo inclinaba á mi espíritu á aceptar el diagnóstico reservado de lepra maculosa. No obstante la piedra de toque, esto es, el tratamiento antisifilítico ha venido á demostrar que mi opinion no era exacta.

AINHUM

Algunos médicos brasileros al hablar de esta enfermedad establecen el diagnóstico diferencial con la lepra anestésica, quigila ó gafeira. No obstante creo que la confusion es imposible por tratarse de dos afecciones enteramente distintas, como podrá comprobarse por la breve descripcion que voy a hacer. Los datos que paso á esponer son tomados de la escelente monografia sobre el *Ainhum*, escrita por mi distinguido amigo el Dr. Moncorvo.

La enfermedad conocida con el nombre de *ainhum* fué descrita por vez primera en 1867 por el Dr. Silva Lima en la *Gazeta Médica da Bahia*. Esta afeccion ataca esclusivamente los africanos y tiene su asiento en uno de los dedos pequeños del pié. Su sintomatología es la siguiente:

Una pequeña solucion de continuidad se señala en la parte inferior é interna de uno ó ambos dedos pequeños del pié, precisamente al nivel del surco dígito-plantar, de muy corta esten-

sion al principio, indolente y sin despertar reaccion alguna y mucho menos la atencion del enfermo.

A medida que el surco linear se propaga, el dedo se deforma y se desvía hácia afuera adquiriendo un volúmen triple del normal. Dicho surco se hace gradualmente mas profundo, de modo que el dedo queda al cabo de cierto tiempo adherente por medio de un pedículo y con una gran movilidad. La marcha es sumamente dolorosa y difícil.

Los negros africanos empleados en la labranza y en quienes se declara esta enfermedad, se encuentran imposibilitados de continuar en sus trabajos habituales. La sensibilidad táctil disminuye casi siempre.

La piel que cubre el dedo afectado se vuelve algunas veces áspera y rugosa, rara vez se ulcera, y cuando existen ulceraciones en el surco circular, dan estas salida á un icor sero-purulento muy fétido.

Abandonada á sí misma la enfermedad, termina su último período determinando la caida *espontánea* del dedo, lo que no siempre sucede, porque los dolores que esperimentan los enfermos los obligan á consultar al médico.

La afeccion sigue, como puede suponerse, una marcha esencialmente crónica, pudiendo durar, como ya lo observó el Dr. Silva Lima, de uno á diez años.

Esta descripcion hecha por el Dr. Silva Lima, concuerda precisamente con los fenómenos observados en el caso cuya historia relata el Dr. Moncorvo en su monografia. Tratábase de un moreno africano, próximamente de 40 años de edad, que entró al hospital de la Misericordia con una afeccion en el dedo pequeño del pié. Los síntomas que ofrecia eran idénticos á los que se acaban de trazar. La imposibilidad de la marcha á causa de los dolores intensos hicieron decidir al cirujano para terminar con un corte de tijera la amputacion del dedo, que se hallaba bastante adelantada por el hecho de la enfermedad. El estado general del paciente era muy lisonjero.

El exámen de la pieza patológica, dejaba ver que el pedículo no estaba constituido por la falange, sinó por un tejido fibrói-

de, algo elástico y en cuya superficie se observaba vestigios de una pequeña ulceracion.

Las dos superficies producidas por una seccion longitudinal hecha sobre la pieza examinada, ofrecian un aspecto uniforme, blanco amarillento, de consistencia elástica, constituido aparentemente por tejido conjuntivo ó adiposo ; no existian la falange y la falangina, sinó apenas fragmentos de falangeta.

Algunos dias despues de la pequeña operacion, el enfermo abandonó el hospital perfectamente curado de su enfermedad.

La etiología de esta singular afeccion permanece hasta hoy en la misma oscuridad en que la dejó el primero que la describió. En el Brasil ataca casi esclusivamente al sexo masculino y segun las declaraciones hechas al Dr. Lima por algunos negros africanos, se desprende que ella ataca indistintamente á ambos sexos en Africa, en donde existe la creencia de que la enfermedad es producida por un vermes; pero los numerosos exámenes practicados por los médicos, rechazan esta hipótesis infundada.

El hecho de andar descalzos los negros, hizo reconocer á los primeros observadores, como la causa productora de la enfermedad, pero el Dr. Moncorvo opina que únicamente puede considerarse como causa predisponente.

La constitucion de los sujetos atacados es casi siempre robusta y la edad variable de 20, 30 y 40 años.

El diagnóstico no ofrece dificultad alguna y basta haber visto un solo caso para reconocer á los demás al simple exámen.

Establece despues minuciosamente el autor las diferencias que existen entre el *ainhum* y los diversos estados mórbidos que pueden asemejarse, tales como la lepra, la elefantiasis de los árabes, la gangrena simétrica de las estremidades y finalmente los chancros.

Pasa en seguida el Dr. Moncorvo á estudiar la patogenia de la enfermedad, para cuyo exacto conocimiento, dice, es necesario investigar ante todo la lesion fundamental que la constituye. ¿Presidirá el surco dígito-plantar al desenvolvimiento de las demás lesiones? ¿Cuál es la causa íntima de su formacion? ¿Acaso una alteracion de la piel y del tejido celular? ¿De qué

naturaleza será esa alteracion? Los exámenes microscópicos practicados por Wucherer prueban que en los casos mas avanzados del mal, el epidermis no sufre ninguna ó muy poca alteracion. En los demás tejidos, los desórdenes están constituidos por una metamórfosis retrógrada que progresa gradualmente, á medida que la constriccion ejercida sobre la raiz del dedo se hace mas profunda.

Los fenómenos observados son idénticos á los que produciria un lazo fuertemente apretado sobre una parte viviente. Ahora bien, ¿cómo esplicar la alteracion singular que origina ese surco ó ranura en la raiz del dedo? ¿Será acaso la constriccion producida por una esclerosis linear de la piel con atrofia y compresion de los tejidos subyacentes? No es esta sinó una hipótesis que no podemos fundar, dice el autor, pero que podrán comprobarla los futuros observadores.

El Dr. Silva Lima ha comunicado recientemente al autor, un caso de curacion de *ainhum* incipiente por medio del *debridamiento del anillo constrictor del dedo.* Es un caso bien elocuente en favor de la teoría que propone el Dr. Moncorvo y que por lo menos tiende á probar la subordinacion de la metamórfosis regresiva del dedo al surco díjito-plantar, lesion primitiva y de la cual derivan todas las demás. Así no será difícil admitir que la hiperplasia del tejido conjuntivo, produciendo la compresion de los vasos pueda aniquilar las fuentes de nutricion del dedo. Una prueba que induce al autor á ver en la destruccion de los vasos nutricios la causa inmediata de las trasformaciones regresivas, es que en los casos en que el surco no se ha completado aun, apenas se encuentra la arteria colateral interna y esto prueba que desde el principio del mal es la única que sufre los efectos de la constriccion conjuntiva.

Este breve resúmen del folleto del Dr. Moncorvo bastaría para demostrar la imposibilidad de confundir la lepra anestésica con el *ainhum.* Felizmente en el núm. 15 del tomo XIII de la *Revista Médico-Quirúrgica,* se registra la historia de un enfermo de ainhum que observé en la Clínica Quirúrgica del Hospital General de Hombres, en el año 1876. Como este

caso ha despertado la atencion de la prensa médica brasilera, que ha publicado sobre él algunos artículos bibliográficos, me permito trascribirlo á fin de que se aprecien mas los caractéres diferenciales del ainhum y la lepra anestésica ó gafeira.

La historia del enfermo es la siguiente:

El dia 20 de Setiembre de 1876 entró á ocupar el lecho núm. 20 de la Sala de Clínica Quirúrgica del Hospital General de Hombres, el moreno Estanislao Sambras, de raza africana característica, de 25 años de edad, natural de la isla de Borbon, de oficio marinero, de constitucion fuerte y de temperamento sanguíneo.

Respecto á los antecedentes de familia refiere que el padre y los hermanos han sido sanos y que la madre ha sucumbido á consecuencia de una afeccion del pecho, cuya naturaleza ignora.

No ha padecido ninguna enfermedad anterior á la actual. La historia breve de su vida, omitiendo detalles que no tienen importancia para el caso, es la siguiente:

En su país natal tenia la costumbre de caminar siempre descalzo. Abandónolo á la edad de 21 años, sentando plaza de marinero, en un vapor que se dirijia á las costas de Francia, para de ahí pasar á la isla de Malta. En viaje al puerto de Saint-Nazaire solicitó permiso para bajar á tierra, el cual le fué concedido. Caminando por las calles de esta última ciudad hace 8 meses, sintió en un momento inesperado una picadura al nivel del surco díjito-plantar que separa el cuarto dedo del pié derecho. Inmediatamente fué presa de un dolor sumamente intenso que lo derribó. Examinando el sitio de la lesion observó que un animal cuyo nombre ignora, se hallaba fuertemente adherido por su estremidad anterior al nivel mismo del surco. Las tracciones repetidas practicadas por él no logrando separarlo, se vió obligado à sacar su cuchillo y á cortarlo. La hemorragia que entonces sobrevino fué bastante abundante y el dolor tan intenso que con dificultad pudo llegar al buque.

Mas tarde esperimentó á bordo fiebre, temblores y escalofrios. Asistido por el médico, hízole aplicar este una pomada cuya composicion no conoce. Permaneció en el lecho durante 15 dias, al cabo de cuyo tiempo volviendo á sus ocupaciones habituales, notó que el dedo ofrecia en su raiz un pequeño surco que desde entonces fué acentuándose mas y mas.

Dos ó tres meses despues volvió á sufrir dolores que imposibilitando

la marcha, le obligaron á acudir nuevamente al lecho, en el que permaneció una semana. Desde esa época no le ha sido posible proseguir sus tareas sinó á cortos intérvalos de tiempo, á causa de los dolores que le ocasionaba el dedo enfermo. Habiendo arribado el buque en cuya tripulacion estaba alistado al puerto de Buenos Aires, el comandante le hizo bajar á tierra para que se asistiera en un hospital.

Actualidad.— El paciente que goza de una perfecta salud, no ofrece como asiento de una alteracion mórbida, mas que el cuarto dedo del pié derecho, notablemente deformado y aumentado de volúmen con relacion al del lado opuesto. En su raiz se observa un surco profundo que hace que no se sostenga sinó por un pedículo próximamente de 4 á 5 milímetros de diámetro; este surco es algo mas profundo en la cara plantar del dedo que en la cara dorsal.

Los mas lijeros movimientos que se le imprimen despiertan dolores intensísimos, que son la causa de la imposibilidad de la marcha, á menos de hacerse esta sobre el talon. La piel del dedo algo rugosa y áspera no ofrece al nivel del anillo constrictor ninguna ulceracion, ni tampoco una cicatriz, indicio de la existencia mas ó menos remota de aquella.

El exámen del dedo haria creer que el enfermo ha sufrido una fuerte constriccion en el surco dijito-pedio por un lazo ó un objeto de cualquiera otra naturaleza.

Diagnóstico. — Cuando me tocó examinar el enfermo objeto de esta historia hacia poco tiempo que habia leido la monografia del Dr. Moncorvo. Inmediatamente cruzó por mi mente la idea del *ainhum.* Así se lo manifesté al Dr. Argerich, quien juzgando con fundadas razones que el caso era bastante interesante, lo hizo objeto de una de sus lecciones.

La raza á que pertenece el enfermo, su edad, su constitucion, el hecho de haber andado descalzo la mayor parte de su vida, el surco en la raiz del dedo, la deformidad de este, los intensos dolores, la imposibilidad de la marcha y los demás caractéres de la enfermedad muy análogos á los que describe el Dr. Moncorvo, me hizo inclinar hácia la idea de que se trataba del *ainhum.*

Operacion.— No era posible en este caso poner en práctica el procedimiento aconsejado por el autor y con el cual ha obtenido el

Dr. Silva Lima la curacion en un caso de *ainhum* incipiente, esto es, *de debridar el anillo constrictor*, porque la afeccion habia alcanzado un alto grado de desarrollo y el pediculo que sostenia el dedo era ya bastante delgado.

No quedaba pues otro medio á fin de librar al paciente de los dolores agudos, sinó practicar la amputacion del dedo, operacion insignificante que al cabo de breve tiempo lo colocaria en condicion de poder verificar la marcha y volver de nuevo á sus tareas.

La operacion fué practicada por el Dr. Argerich el dia 28 de Setiembre. Cloroformado el enfermo, el operador hizo separar con un ayudante el tercer dedo del pié y separando el quinto con su mano izquierda practicó una incision circular al nivel del anillo constrictor, que interesando la piel y tejidos subyacentes alcanzó hasta el hueso; en seguida tomando una pequeña tijera de Liston, cortó á este último. La hemorragia que sobrevino fué de poca consideracion.

Terminada esta pequeña operacion, la herida ofrecia en su contorno un tejido de aspecto lardáceo que no era otra cosa que la piel sumamente espesada.

Se aplicó en seguida una curacion simple y un vendaje lijeramente contentivo.

La herida fué cicatrizando poco á poco y si bien los dolores persistieron en los primeros dias, aunque con menos intensidad que antes de la operacion, no tardaron mucho en desaparecer completamente y el enfermo fué dado de alta el dia 23 de Octubre.

Tres dias despues volvió á entrar al Hospital con la herida del pié algo abierta y esperimentando nuevamente dolores que lo molestaban para caminar. La herida ha vuelto á cicatrizar, los dolores han desaparecido, pero la raiz del dedo pequeño del mismo pié ofrece una pequeña escoriacion en su parte interna, lo que hace temer que la enfermedad, desarrollada por una causa traumática como lo ha sido en el cuarto dedo por el hecho de la picadura de un animal, empieze á desarrollarse tambien en el pequeño dedo.

Con el objeto de hacer mas completa la historia de este caso solicité de mi amigo el Dr. Pirovano, practicára el exámen de la pieza anatómica. Hélo aquí:

« *Exámen anátomo-patológico.* — La pieza anatómica que se nos ha remitido se compone de un dedo del pié en estado patológico, que ha sido amputado en el tercio posterior de su falange.

« Cuarto dedo que por el pigmento que se encuentra en su epidermis revela haber pertenecido á un individuo de la raza africana.

«La uña es rudimentaria y la forma es ovalada, asi es que han desaparecido por completo sus interlíneas articulares.

« Tiene el tamaño de un huevo grande de paloma y tendria tambien la forma si una de sus estremidades fuera mas aguda.

« Pesa diez y seis gramos.

« A la altura donde se ha amputado, la piel presenta tal estrechez en toda su circunferencia, que la superficie interna del dérmis se encuentra en relacion directa, es decir, toca por todas sus partes la superficie del periostio de la falange.

« La forma ovalada del dedo es producida por una cantidad escesiva de tejido célulo-adiposo ; parece que todo ha participado de la degeneracion grasosa.

« Los tendones flexores y estensores se encuentran casi filiformes, lo mismo los ligamentos, y en cuanto á las arterias, venas y nervios han desaparecido por completo.

« Los huesos compuestos por el fragmento de la falanje, de la falanjina y la falanjeta se encuentran íntegros, pero su tejido esponjoso muy vascularizado.

« Esta vascularizacion se estiende hasta las estremidades de los huesos, propagándose en aquellos puntos hácia el esterior, por los agujeros nutricios que, como se sabe, son perfectamente capilares.

« Hemos hecho el exámen microscópico de la estrechez que presenta la piel en la base de aquel miembro.

« La piel en ese punto se encuentra sumamente espesa. Es dos veces y media mas gruesa que el resto, que solo tiene dos milímetros.

« Su tejido es córneo y tan resistente que al corte con el micrótomo produce una sensacion igual á la que produciria un fragmento de cuero seco, á pesar de que la pieza estuvo en maceracion pocos momentos despues de haberse estraido del viviente.

« Un corte delgado colocado en la platina del microscópio, ofrece un epidérmis espeso, compuesto puramente de células córneas, difíciles de disgregar, aun tratadas por el ácido acético concentrado ó por una solucion de potasa cáustica.

« Se puede asegurar que no existe la red mucosa de Malpigio y que todas sus células epiteliales han perdido todo el protoplasma.

«En cuanto al dérmis, todas sus papilas se han confundido, desapareciendo su forma y revelándose uno que otro punto de separacion, por

una espiral de algun conducto de glándula sudorípara que ha perdido en aquella tortura, hasta su fondo de saco apelotonado.

« La red conjuntiva de que se compone el dérmis se ha trasformado en tejido fibroso, denso y consistente.

«No se ven sinó fibras paralelas onduladas, estremadamente cerradas, con algunas fibras elásticas diseminadas.

«Por mas que llevamos nuestra investigacion, no pudimos encontrar ninguna otra especie de organizacion.

«Despues del exámen anátomo-micrográfico de la pieza, hemos querido interpretar lo que veiamos para esplicarnos los fenómenos que se habian desarrollado.

«Probablemente alguna grieta ó cualqüier otra solucion de continuidad se inició en la interlínea de la base del dedo.

« Eso fué el asiento, el orígen del tejido inodular, proliferacion de fibro-células que propagándose en el sentido transverso abarcaron toda la circunferencia del dedo; fibro-células convertidas bien pronto en fibras puras de tejido fibroso que condensándose por su aumento y encojiéndose por su propiedad física, vinieron á estrangular todas las partes blandas que existian en aquel punto.

« Nervios, vasos y toda clase de tejidos blandos sufrieron las consecuencias de aquella estrangulacion.

«Los vasos obliterados no llevaron los elementos necesarios para la nutricion del dedo, y de allí vino la degeneracion grasosa de que participaron aun los mismos vasos al verse desprovistos por la misma causa de los vaso-vasorum y del estímulo de los nervios vaso-motores.

«¿Pero por qué no sobrevino el esfacelo del miembro?

«Porque existia una circulacion colateral que suplia aunque incompletamente la circulacion normal; la suplia lo suficiente para impedir su mortificacion.

« Así nos esplicamos la vascularizacion del tejido esponjoso y de la periferia de la estremidad anterior de la falanje.

«Sobreviniendo, la estrangulacion de una manera lenta, paulatinamente se iban obliterando las arterias colaterales, pero al mismo tiempo los pequeños capilares de la médula del hueso se ensanchaban hasta donde les permitia la cantidad del tejido encerrado dentro de él y se hacia una circulacion supletoria.

«Asi es que en nuestro concepto toda la patogenia se esplica por la produccion de un circuito de tejido inodular, cuyo asiento se hallaba en el mismo tejido del dérmis de la base del dedo».

Como se vé el Dr. Pirovano esplica la patogénia de la enfermedad, del moreno Estanislao Sambras, por la produccion de un circuito de tejido inodular cuyo asiento se hallaba en el mismo dérmis de la base del dedo.

Estudiando la patogenia del *ainhum* el Dr. Moncorvo hace algunas preguntas que pueden ser contestadas por el presente caso. Es indudable que el tejido inodular desarrollado en la base del dedo ha sido la causa de todos los desórdenes observados en él, especialmente la degeneracion grasosa de la que parecen haber participado los diversos tejidos del órgano asiento de la constriccion.

Los huesos si bien no presentaban mas que una cierta vascularizacion no habian tenido el tiempo aun de trasformarse en tejido fibróide como ha sucedido en un caso tratado por el Dr. Moncorvo en el Hospital de la Misericordia de Rio Janeiro.

Así pues resumiendo para terminar diré:

1° Que el ainhum es una afeccion puramente local, mientras que la gafeira ó lepra anestésica es una afeccion general muy séria.

2° La gafeira, como dice el Dr. Silva Lima, ataca igualmente á individuos de ambos sexos (1); el ainhum ataca con preferencia á los hombres.

3° La gafeira, puesto que es mas frecuente en el Brasil, en los negros que en los individuos de otro color, y mas entre los africanos que entre los criollos, afecta en unos y otros, tanto las manos como los piés y sin prediléccion por dedos determinados; el ainhum no ha sido observado, por lo menos que haya llegado á mi conocimiento, sinó en los negros y en los dedos pequeños de los piés (Dr. Silva Lima).

4° La anestesia y la atrofia muscular son desconocidas en el ainhum y acompañan siempre la gafeira y en idéntico caso se hallan las úlceras gangrenosas, la cáries, las contracciones permanentes de los dedos, etc.

5° El surco característico al nivel del pliegue dígito-plantar que es constante en el ainhum, no se observa en la quigila.

(1) Segun mi estadística la lepra anestésica seria mas frecuente en la mujer que en el hombre.

GANGRENA SIMÉTRICA DE LAS ESTREMIDADES

Segun el Dr. Reynaud la gangrena simétrica de las estremidades es una variedad de gangrena seca que se distingue por dos caractéres notables: ausencia de alteracion anatómica apreciable del sistema vascular y simetría *invariable* de sus manifestaciones. Acomete tanto los miembros inferiores como los superiores ó ambos simultáneamente, y se le observa con mas frecuencia en la mujer.

Con respecto á la edad y temperamento, puede decirse que ejerce prediliccion en las mujeres de 20 á 30 años y por las de temperamento linfático ó nervioso.

El clima ejerce una influencia en la produccion de esta enfermedad, á tal punto que en los paises tropicales se encuentra rara vez.

La breve descripcion de la gangrena simétrica que vá á continuacion y que tomamos de la monografia del Dr. Moncorvo demostrará la imposibilidad de confundirla con la lepra anestésica.

«El fenómeno inicial de la gangrena simétrica es una notable palidez de la parte afectada, con gran descenso de temperatura, con pérdida de la sensibilidad y finalmente la abolicion mas ó menos completa de los movimientos. Despues de estos fenómenos sobreviene algunas veces una intensa reaccion local que pone término al acceso. Otros análogos pueden reproducirse en épocas distintas y comprometer diversos puntos. Cuando la enfermedad se limita á estas manifestaciones, se confunde enteramente con lo que se ha llamado asfixia local, que para el Dr. Reynaud no es mas que una faz de la gangrena simétrica.

«Otras veces á la palidez y enfriamiento del dedo ó dedos afectados sucede la aparicion de manchas lívidas ó aun negras; entonces el paciente siente en estos puntos *hormigueos* y punzadas dolorosas; dolores que se vuelven intolerables. Mas tarde formanse *flictenas* sobre la estremidad ungueal, las cuales se llenan de un líquido sero-purulento y se rompen despues dejan-

do el dérmis descubierto. Otros dedos pueden ser afectados por esta forma, pero *siempre* comenzando por la estremidad ungueal.

«La enfermedad puede terminar de dos modos: ó la escara se profundiza en la estremidad del dedo, una inflamacion eliminatriz toma orígen á su alrededor, dando lugar á la formacion de un surco aislador y se destaca con una escara muchas veces una parte de falanjeta; ó la parte comprometida se reanima, la pequeña ulceracion se cicatriza y se retrae « dando por resultado una especie de tubérculo cónico inmediatamente subyacente á las uñas.» La forma que entonces adquiere el dedo es especial: se presenta en virtud de la cicatriz arrugado y en forma de punta; la piel que lo cubre se adelgaza, pierde su elasticidad normal, adquiriendo el aspecto y consistencia del pergamino. De ahí que la mayoría de los autores tiendan hoy á asimilar la esclerodermia ó esclerema á la gangrena simétrica de las estremidades.»

La gangrena simétrica como acaba de verse, ofrece algunos caractéres análogos á los de la lepra anestésica.

Al principio la gangrena simétrica se manifiesta por palidez, descenso de temperatura, pérdida de la sensibilidad y abolicion mas ó menos completa de los movimientos, fenómenos todos que no se observan en la lepra anestésica.

El hormigueo, las flictenas y las mutilaciones que ocasiona algunas veces la gangrena simétrica podrian en ciertos casos hacerla confundir con la lepra anestésica, pero el órden en que se presentan estos fenómenos mórbidos en ambos padecimientos, es diferente como ha podido comprobarse por la descripcion arriba apuntada.

Cuando la gangrena simétrica ha determinado mutilaciones, tenemos un carácter especial para distinguir las producidas por la lepra. En efecto, mientras que en los enfermos de gangrena simétrica los dedos mutilados terminan en punta, los dedos de los enfermos de lepra ofrecen muñones mas ó menos gruesos que resultan de la retraccion de los tejidos blandos que cubrian las falanjes que han desaparecido.

Si pasamos ahora á examinar la patogenia de las dos enfermedades, veremos que la gangrena simétrica de las estremidamidades segun los progresos de la anatomía patológica tienden á demostrar que es una dolencia subordinada á una alteracion del centro medular, mientras que segun las importantes investigaciones de Virchow, existe en la lepra anestésica una *perineuritis leprosa*, caracterizada por una proliferacion celular especial, que tiene su asiento en el intérvalo de los tubos nerviosos, cuya lenta destruccion determina.

ESCLERODERMIA

Segun el Dr. Lagrange (1), la esclerodermia está primitivamente constituida por una inflamacion crónica de la piel y del tejido celular sub-cutáneo, que puede estenderse en profundidad, atacar los huesos y las articulaciones y traer secundariamente, por lesion anatómica comprobable de los filetes nerviosos periféricos, algunas perturbaciones tróficas sin gran importancia y que no ocupan sinó el segundo rango. Segun el mismo autor nada nos autoriza á hacer una perturbacion trófica primitiva, pues la médula, los nervios y los músculos no le han ofrecido alteracion alguna apreciable.

Estas conclusiones con que termina su monografia el Dr. Lagrange, dejan comprender que la lepra anestésica y la esclerodermia tienen muy pocos puntos de contacto. Estos desaparecen por completo si se admite la opinion del Dr. Beauregard que sostiene que en la esclerodermia, los tejidos superficiales de los dedos (piel, tejido celular, tejidos fibrosos) pueden ser solamente atacados.

Segun el Dr. Mauricio Reynaud la esclerodermia no seria sinó una forma por la cual puede manifestarse la gangrena simétrica de las estremidades.

(1) Contribution á l'étude de la Sclérodermie avec arthropathies et atrophie osseuse, par A. Lagrange, Paris, 1874.

PIAN

No haria mencion de esta enfermedad endémica del Brasil, si no fuera que el distinguido catedrático de Clínica Quirúrgica, Dr. Montes de Oca (M. A.), opinaba que el enfermo cuya historia presenté como memoria á la Asociacion Médica Bonaerense y que forma la décima observacion de mi coleccion, se hallaba atacado por el *pian*. En la memoria á que me refiero tuve la oportunidad de combatir este diagnóstico y hoy como entonces, no haré mas que trascribir la descripcion de esta enfermedad hecha por un inteligente médico francés que ha residido por mucho tiempo en el Brasil.

He aquí lo que dice el Dr. Sigaud (1), sobre el *pian* (2): «Enfermedad endémica del Brasil, conocida bajo el nombre de *boubas*, azote de los esclavos de América; Pison la ha descrito (de *Med. bras.*, 1. 2. c. 19) y despues de él los Dres. Bernardino Antonio Gomez (3), G. V. Couto y Juan Alves Carneiro, han suministrado documentos sobre el *pian* ó *boubas* del Brasil, que se pueden colocar al lado de aquellos recogidos en Africa y en las colonias francesas é inglesas por Lind, Dazille, Bancroft, Desportes, Arthaud, Peyrilhe, Bajou, Bertin, Campet y recientemente por el Dr. Levacher.

«El pian conocido en el Brasil, se divide en tres especies: el pian húmedo, el pian seco, el pian cristalino; la primera representa un boton de color lardáceo mas ó menos ancho, la segunda se asemeja á una pústula cubierta de costras superpuestas de un color amarillo verdoso, terminando en un cono de la magnitud de un grano de maiz ó de una haba, y la tercera es una pústula cristalina y clara como la de la vacuna. La primera especie se contrae por el coito, la erupcion se manifiesta al rededor del ano, en el escroto, en los grandes labios;

(1) *J. F. Sigaud.* Du Climat et des Maladies du Brésil, Paris, 1844.
(2) Los sinónimos de esta palabra son *Epian*, *Boubas*, *Pouba*, *Yaws*, *Frambœsia*.
(3) *Ensaio dermosographico*, Lisboa, 1820.

puede ser inoculada por insectos y entonces se declara sobre la superficie del cuerpo ».

Mas adelante añade el Dr. Sigaud : « En este último caso de desaparicion, si esta se efectúa gradualmente, entonces el pian es reemplazado por grietas entre los dedos del pié, en la planta y al rededor del calcáneo ; otras invaden las manos y forman hendiduras callosas que alcanzan á los tendones, los nervios y producen la contractura y la atrofia de estas partes. No es raro que el pian preceda la lepra, lo que ha hecho creer á un orígen sifilítico comun ».

Pasa en seguida el Dr. Sigaud á esponer el tratamiento empleado en la primera especie y prosigue :

« La segunda especie, el pian seco, cede al mismo tratamiento ; en cuanto á la tercera, es la mas difícil de curar : reaparece despues de haber seguido una cura metódica, tiene su sitio en las láminas celulosas de la piel, ora tomando un color rosáceo, ora un rojo oscuro y pasa á la descamacion con una gran rapidez ; esta especie provoca el engurgitamiento de las glándulas del cuello, de las parótidas, dolores articulares, oftalmías palpebrales, y se acerca mucho á los síntomas de la escrofulosis. La erupcion aparece de un dia á otro, despues de un coito impuro ; está precedida del chancro venéreo en los órganos genitales, seguido del infarto de las glándulas inguinales ; un movimiento febril, cuyos accesos se repiten por la noche, acompaña el chancro venéreo ; es cuando cesa que el exantema se dibuja sobre la piel de la cara, del pecho, á punto de simular la sífilis ».

Esta descripcion del Dr. Sigaud demuestra hasta la evidencia, no solo que el pian y la lepra anestésica son dos afecciones completamente distintas, sinó que tambien el enfermo de la décima observacion estaba y está aun hoy muy lejos de presentar la sintomatología del pian.

El Dr. Moncorvo estableciendo el diagnóstico diferencial entre el *pian* ó *boubas* y el *ainhum* se espresa asi : « Examinadas estas dos afecciones bajo el punto de vista anátomo-patológico, mas se acentúa la línea divisoria. Bástenos recordar

que las *boubas*, limitan sus manifestaciones á la piel y cuando mucho al tejido celular sub-cutáneo y no traen como el ainhum, la alteracion de todos los tejidos inclusive el tejido óseo ».

CICATRIZACION VICIOSA Y DEFORMIDADES DE LAS MANOS

No es mi ánimo establecer un diagnóstico diferencial entre la lepra anestésica y ciertas deformidades de los dedos, que reconocen por causa el traumatismo. Deseo solamente referir la historia de una mujer que tuve la oportunidad de ver en la ciudad de Corrientes el 17 de Enero de 1878. El simple exámen de esta mujer haria creer que se encuentra atacada por la lepra anestésica y sin embargo las deformidades que ofrecen sus manos han sido producidas por estensas quemaduras. Trascribo á continuacion los detalles del caso:

El 17 de Enero de 1878, examiné en la ciudad de Corrientes, en un barrio denominado el *Tacurú*, una mujer parda, lavandera, de 40 años de edad, cuyas manos eran dignas de fijar la atencion.

Los datos que me suministraron las personas que conocian á esta mujer, me inclinaron á creer que se trataba de un caso de gafeira.

A la simple vista de las manos iba á corroborar esta opinion, pero un exámen detenido me hizo desecharla. Efectivamente el caso se prestaba al error.

Manos callosas, con algunos dedos encogidos y otros deformados, uñas alteradas, manchas blanquizcas en el dorso de la mano y parte inferior del antebrazo, etc., todo hacia pensar en una enferma atacada de lepra anestésica.

El encojimiento de algunos dedos no dependia de un estado de contractura sinó de cicatrices profundas producidas por la accion del calórico. La mujer á la edad de 8 años habia sufrido estensas quemaduras, cuyas viciosas cicatrizaciones habian colocado sus manos en el estado en que las encontrábamos. Estas cicatrices tenian los caractéres peculiares de las producidas por la accion del fuego.

Los dedos índice, mediano y anular de la mano derecha se encontraban unidos entre sí en toda su estension, de modo que al efectuar los movimientos estos tres dedos se movian juntos. No obstante la

deformidad sufrida por algunos dedos, esta mujer ha desempeñado perfectamente sus quehaceres, y su ocupacion de lavandera hace comprender fácilmente que si existiera contractura no le habria sido posible practicar el lavado de las ropas

El estado de las sensibilidades vino por último á confirmar mi opinion. Las sensibilidades táctil, dolorosa y térmica perfectamente fisiolójicas al nivel de la piel sana, eran nulas ó estaban embotadas en las partes cubiertas por tejido cicatricial.

Otro fenómeno que conviene tener en cuenta para el diagnóstico, es que las manos se encontraban en las mismas condiciones que hace 32 años. ¿Podria en este trascurso de tiempo haber permanecido inerte l. enfermedad, dado el caso de tratarse de la lepra anestésica? No lo creo, porque esta terrible afeccion, aunque de marcha sumamente lenta, va produciendo siempre su obra destructora. Por otra parte, los piés de la mujer como tambien el órgano de la vision no han sufrido ninguna perturbacion.

PRONÓSTICO

La descripcion que acabo de hacer de la enfermedad, basta para demostrarnos que se trata de una grave alteracion orgánica, que inutilizando completamente las manos y los piés del ser humano, le arrebata la posibilidad de adquirir los medios de subsistencia y muchas veces para el colmo de su desdicha, le oscurece su vision, cuando ha asistido impasible al destrozo de uno de aquellos órganos que lo distinguen de todos los demás seres de la creacion.

La lepra anestésica casi nunca determina la muerte de los enfermos, á menos de complicarse con la forma tuberculosa, en cuyo caso sobreviene el aniquilamiento orgánico, debido á estensas úlceras y á la abundante proliferacion de tubérculos en los órganos, especialmente en los pulmones.

Segun el profesor Rayer y el catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Bahia, Dr. Antonio José Alves, la enfermedad termina casi siempre fatalmente ó por neumonia, diarrea, tubérculos pulmonares ó ulceraciones de la larinje.

TRATAMIENTO

He llegado á la parte mas importante de este trabajo, y si ha de darse fé á lo que refieren los autores, el desencanto se apodera del espíritu del médico, al hallarse enfrente de una enfermedad reputada incurable. ¿Debe por esta razon abandonarse los enfermos atacados por la lepra anestésica? No abrigo esta opinion, demasiado compartida por la generalidad de los médicos: la ciencia y la humanidad vinculadas eternamente protestan enérgicamente contra semejante conducta.

Decia en la introduccion de este trabajo, que los resultados obtenidos con los escasos recursos terapéuticos de que he dispuesto, por razones ya mencionadas, me inducen á afirmar que es posible detener la lepra anestésica é impedir el proceso necrósico que determina irremediables mutilaciones.

En primera línea colocaré como agente terapéutico la electricidad, que viene á obrar de varios modos: favoreciendo la desaparicion ó disminucion del exudado particular que comprime las fibras nerviosas, manteniendo un activo funcionamiento de aquellas que no sufren compresion alguna y por fin combatiendo el estado de contractura de los músculos que contribuye tan poderosamente á la produccion de las deformidades.

En segunda línea citaré los baños frios que me han dado excelentes resultados, no solamente mejorando el estado general, sinó tambien haciendo desaparecer por completo los dolores que atormentan á los enfermos. No olvidaré las demostraciones de gratitud de que he sido objeto por parte de las enfermas Tomasa Cepeda y Cipriana Vivas, que han seguido al pié de la letra mis prescripciones.

Deploro que hayan llegado recien á mi conocimiento los

resultados obtenidos por el Dr. Sota y Lastra con el arsénico en la lepra anestésica. No he podido por esta razon comprobar su accion y por ahora me limitaré á referir el caso clínico del médico mencionado.

«Se trata de una señorita cubana que viene sufriendo la lepra anestésica y que á consecuencia de ella habia perdido las estremidades de algunos dedos; los músculos estensores de la mano izquierda se hallaban en rigidez permanente; los de la cara palmar atrofiados y la anestesia de toda la mano era tan completa, que una noche la introdujo en un líquido hirviendo sin apercibirlo, aun cuando le produjo una grave quemadura. Varias úlceras existian en diferentes partes de su cuerpo. Desde el mes de Octubre de 1876, empezó el Dr. Sota la administracion del *arseniato de hierro*, con cuyo tratamiento la enfermedad se detuvo y no solo ha quedado estacionaria, sinó que hasta hoy se conserva la mejoría que se ha revelado por desaparecer la anestesia que habia en algunos puntos de la mano derecha, por disminuir la rigidez de la izquierda, por la cicatrizacion de la mayor parte de las úlceras y por haber adquirido gordura, fuerzas, buen color y alegría. El Dr. Sota atribuye tan felices resultados al arsénico, si bien la enferma ha hecho uso de amargos, baños de vapor aromáticos, curándose localmente las úlceras con la tintura de coaltar saponinado diluida en tres partes de agua y por último, habiendo observado en todo una rigorosa higiene». (*Revista de Medicina* y *Cirujía Prácticas*, 7 de Abril de 1878).

Tambien se ha preconizado mucho, como teniendo una accion específica contra la lepra, una planta de la familia de las *Strycneas*, llamada *Strichnos Gautheriana*, en honor del venerable obispo Gauthier, vicario apostólico de Tong-King, quien fué el primero que hizo conocer las propiedades curativas sorprendentes de esta planta.

El Hoang-nan crece en las provincias de Nghé-Au, de Quang-Binh y de Thanh-Hos y en otras provincias del reino anamita. Esta planta es una enredadera y nace entre las rocas coliareas.

En la *Gaceta Médica* de Lima hemos hallado un artículo

publicado por el P. Brosse en el *Port of Spain Gazette* del 30 de Diciembre de 1876. Hélo aquí:

« El tratamiento ha sido aplicado á mas de veinte enfermos. Todos los que han tomado el hang-nan se han mejorado de una manera notable, y naturalmente en razon inversa de la intensidad del mal. Y en varios individuos afectados hacia mucho tiempo ya, con alteraciones numerosas y graves, la mejoría es tal que dá esperanzas de curacion.

« Tomemos tres enfermos cuyas condiciones difieren de las de los que antes hemos hablado.

« Son tres jóvenes, muchachas de trece á diez y seis años.

« 1ª L..... es una muchacha de trece años, criolla y de color blanco. Está enferma desde hace cuatro años, y está en el hospicio desde hace diez y oho meses. Tenia ocho úlceras: cinco en los piés, una en la rodilla, y una en cada codo; manchas sobre el cuerpo, abolladuras en los codos, rodillas y espalda; la cara está hinchada, las orejas diformes y aplastadas. En el paladar tambien hay abolladuras, lo mismo que por dentro de los carrillos, sobre la lengua, encías, nariz y garganta. La voz es sorda.

« Por otra parte, la anestesia se extiende en casi todo el cuerpo. Los brazos y manos, las piernas y piés, la cara, las orejas, la cabeza, el tronco están casi insensibles. La fiebre, inseparable de la lepra, atormenta con frecuencia á esta enferma. El medicamento tenia, pues, que habérselas con un enemigo fuerte.

« Se principió el 18 de Octubre. El 28, á los diez dias, la mejoría se anunciaba por todas partes, es decir, que varias úlceras estaban en via de curacion; las abolladuras disminuian y la sensibilidad volvia á los brazos.

« El 6 de Noviembre, á los diez y ocho dias, una de las úlceras estaba cicatrizada.

« El 17, al mes, otra úlcera está cicatrizada. Las ampollas de la bóveda del paladar han desaparecido. La sensibilidad ha vuelto á las piernas. Las manchas del cuerpo han desaparecido.

« El 24, las abolladuras de la cara y de las orejas han bajado

considerablemente, y ya no existe en la espalda. El color es mas limpio, y todos notan el feliz cambio que en ella se opera.

« El 5 de Diciembre, las pequeñas úlceras de los codos y de las rodillas están sanas. La sensibilidad ha vuelto al tronco, los carrillos y la cabeza.

« El 16, una gran abolladura que habia en el interior del carrillo habia desaparecido; las de los codos y de las rodillas, que eran muy grandes, desaparecerán presto.

« El 18, la ampolla del interior de la garganta principia á bajar. Las orejas han vuelto á tomar su forma natural.

« Notémos, además, un hecho importante: la enferma no tuvo ya fiebre desde que principió el tratamiento. El hoang-nan es un poderoso febrífugo.

« 2ª M...... D..... tiene diez y seis años; es criolla y de color. Como la anterior, enferma desde hace cuatro años está en el hospicio diez y ocho meses ha.

«Tiene dos úlceras bajo de los piés, y manchas sobre el cuerpo. Está cubierta de abolladuras: se les ve sobre la cara, las orejas, los brazos, los codos y los piés. Las narices están cerradas. Los antebrazos y manos, y las extremidades inferiores, desde la rodilla, están insensibles. De vez en cuando tiene fiebre.

« El 18 de Octubre toma su primera píldora de hoang-nan.

« El 28, las ampollas del brazo se abaten y recobran un poco de sensibilidad.

« El 3 de Noviembre, las úlceras se mejoran. Las narices quedan libres.

« El 6, las ampollas de la cara disminuyen. La sensibilidad progresa en los brazos y piernas.

« El 18, al cabo de un mes, no se ven ya las manchas del cuerpo.

« El 27, las ampollas de la cara están muy bajas y muchas de las piernas no existen ya.

« El 6 de Diciembre, una de las úlceras está cicatrizada; la otra está casi sana. La fiebre no ha vuelto. M... D.. se siente bastante bien.

OBSERVACIONES

PRIMERA OBSERVACION (1)

Concepcion Burgueños, argentina, viuda, próximamente de 60 años, entregada á trabajos domésticos, de constitucion deteriorada y temperamento sanguíneo. Tuve ocasion de examinarla en el Asilo de Mendigos el dia 22 de Julio de 1877.

Nació en la villa de Mercedes donde permaneció hasta la edad de 30 años, pasando despues á la villa de Lujan, donde ha residido hasta hace muy poco tiempo. Se encuentra hospedada en el Asilo de Mendigos desde un año próximamente.

El padre ha muerto de apoplegía cerebral, una hermana de aneurisma, otra de un cáncer del ojo, algunas otras del cólera é ignora la causa de muerte de la madre y sus demas hermanas. El único hijo que ha tenido ha sucumbido á consecuencia de una pústula maligna.

En el año de 1853 tuvo lugar la menopausia, habiendo reglado siempre con regularidad.

Poco tiempo despues de la caida de Rosas, esto es, en la época crítica, comenzó su enfermedad por *hormigueo* y mas tarde *insensibilidad* en las manos y piés. Poco despues se retrajeron los dedos, siendo atacada por calambres en los brazos y piernas y sobreviniendo dolores intensísimos en la columna vertebral que le obligaron á permanecer en cama, en la cual no podia sentarse por la rigidez de los músculos vertebrales.

(1) Esta enferma asi como tambien las de las observaciones 4ª y 6ª, me han sido presentadas por mi señora madre.

Despues tuvo lugar la aparicion de ampollas que reventaban dejando en su lugar úlceras de muy larga cicatrizacion. De vez en cuando se hacian sentir dolores errantes en las articulaciones.

Las ampollas aparecian en las manos y especialmente en la punta de los dedos.

ESTADO ACTUAL

Mano derecha. — Las eminencias tenar, hipotenar y espacios inter-metacarpianos están atrofiados.

El dedo pulgar ha perdido la estremidad libre de su segunda falanje. La uña muy gruesa forma un cono truncado. En la base de este dedo y cerca de la eminencia tenar existe una pequeña ampolla, rodeada por un círculo rojizo. En la estremidad de este dedo hay un pequeño muñon formado por tejidos blandos.

El dedo índice ha perdido su tercera falanje y la segunda está en flexion vertical sobre la primera; en su estremidad libre se observa un grueso muñon sin uña.

El dedo medio está desprovisto de su tercera falanje y la segunda se halla en flexion vertical sobre la primera; en su estremidad libre se vé un grueso muñon con una uña deformada. El tendon flexor superficial de este dedo sufre una fuerte y permanente traccion.

El dedo anular ha perdido su tercera falanje y la segunda está en flexion vertical sobre la primera. En su estremidad libre se encuentra un cono de $^3/_4$ de centímetros de altura formado por la uña.

El dedo meñique ha perdido una gran porcion de su tercera falanje y cerca de su uña encorvada y en la porcion palmar existe una cicatriz, vestigio de una úlcera. La tercera falanje de este dedo está en flexion sobre la segunda y esta sobre la primera.

En la eminencia hipotenar de esta mano ha habido una ampolla que ha sido reemplazada por una costra verdosa.

La enferma siente algunos dolores en la muñeca derecha.

Mano izquierda. — El dedo pulgar tiene su uña muy alargada y con la forma de pico de loro. La segunda falanje está en flexion sobre la primera.

El dedo índice ha perdido una parte de su tercera falanje. En la union de la primera con la segunda y en la parte dorsal ha

existido una ampolla que ha sido reemplazada por una costra. La estremidad libre del dedo está casi en contacto con la cara palmar de la primera falanje y algo desviada hácia afuera. La uña es gruesa y deformada.

El dedo medio posee todas sus falanjes, solamente la segunda y tercera forman un tallo que está en flexion sobre la primera. La uña muy gruesa y arqueada describe un medio círculo, de manera que la estremidad libre viene á ponerse en contacto con el pliegue palmar que separa la primera de la segunda falanje. La estremidad libre de este dedo está dirijida hácia afuera.

El dedo anular tiene su segunda falanje en flexion sobre la primera y la tercera sobre la segunda, de tal manera que la uña encorvada viene á ponerse en contacto con la palma de la mano.

El dedo meñique ha perdido su tercera falanje y la segunda está en flexion sobre la primera. La uña muy gruesa y encorvada termina casi en punta.

En la cabeza del segundo metacarpiano y en la porcion palmar hay una ampolla casi circular de un centímetro de diámetro.

La piel de la palma de ambas manos es muy callosa y con algunas películas epidérmicas. En la parte dorsal, principalmente, se observan varios puntos en que la piel está desprovista de pigmento, dejando ver el dérmis rosado.

La sensibilidad táctil está muy disminuida en ambas manos y antebrazos. Las sensibilidades térmica y dolorosa completamente nulas. Respecto á la eléctrica no nos fué posible comprobarla por no tener á mano el aparato necesario.

Ojos. — La vision ha desaparecido por completo, á tal punto que la paciente distingue solamente la luz de las tinieblas.

La afeccion ocular ha comenzado primero en el ojo izquierdo hace próximamente dos años, y ocho ó diez meses despues invadió el derecho.

En su principio la doliente era molestada por abundante lagrimeo y acusaba falta de claridad en los objetos, cuya confusion iba aumentando gradualmente.

Actualmente la conjuntiva bulbar está como carnificada y en la parte superior surcada por algunos gruesos vasos. La córnea casi completamente opaca sobre todo en la parte inferior es el asiento de una gran vascularizacion. En ambos ojos hay lagoftalmos.

SEGUNDA OBSERVACION. (1)

N. B...es una señora de 30 años de edad, nacida en Buenos Aires, y cuyo aspecto revela una constitucion regular.

El padre ha muerto de una hidropesía y la madre de una puntada de costado. Entre sus hermanos hubo uno que sufrió de una afeccion medular con paraplegia incompleta y que sucumbió á consecuencia de una apoplejia cerebral. Un hijo de este individuo, jóven de 20 años, padece actualmente de accesos epilépticos. Otro hermano ha muerto de reblandecimiento cerebral.

Interrogada sobre sus antecedentes personales, refiere haber gozado siempre de buena salud.

Hace año y medio ha comenzado á sentir ciertos fenómenos mórbidos que por ser análogos á los que ofreció su hermana al principio de su enfermedad han atemorizado su espíritu y la han impulsado á consultar á los facultativos.

Mi distinguido amigo el Dr. Roberts, sabiendo que me ocupaba del estudio de una afeccion dactiliana me hizo examinar esta enferma.

He aquí los datos que pude recojer el 14 de Julio de 1877:

Hace año y medio próximamente comenzó á sentir *hormigueo* y mas tarde *insensibilidad* en la mano derecha que le molestaba en cierto modo para sus labores domésticos, muy especialmente para la costura, viéndose obligada en este último caso á abandonar la aguja por el corto período de tiempo que duraba el hormigueo. Despues que desaparecian estos fenómenos, eran reemplazados por dolores no muy intensos en las articulaciones de ambos brazos. Estos dolores eran de vez en cuando acompañados de calambres en los músculos del brazo que le interrumpian su sueño en medio de la noche.

Juntamente con los fenómenos en el brazo y mano derecha se hicieron sentir dolores agudos en la parte inferior de la colum-

(1) Esta enferma y las de las observaciones 3ª y 5ª me han sido presentadas por mi distinguido amigo el Dr. Roberts.

na vertebral. Estos dolores, imposibilitaban ó mas bien dicho dificultaban sobremanera los movimientos, duraban tres ó cuatro meses, exacerbándose en la época catamenial. La aplicacion de un emplasto poroso en la parte dolorosa de la columna vertebral, hicieron desaparecer los dolores, segun confesion de la paciente.

Poco tiempo hace que la mano izquierda y ambos piés son el asiento de idénticos fenómenos á los que acabamos de describir. Despues que desaparece el hormigueo queda cierto grado de hiperestesia cutánea con torpeza en las manos.

Examinando los dedos de la mano, he podido observar que ha comenzado una cierta deformacion en las uñas, fenómeno que ha sido muy bien percibido por la paciente. La articulacion de la segunda con la tercera falanje del dedo índice de la mano derecha está algo engrosada y es algunas veces el sitio de dolores vagos.

Por otra parte, la piel de las manos no ofrece ninguna particularidad, ni existe tampoco retraccion en los tendones de los dedos.

En los piés no hay nada que fije la atencion.

Las funciones orgánicas y de relacion no sufren ninguna perturbacion manifiesta.

En resúmen lo que incomoda á la enferma es el hormigueo, la insensibilidad y los dolores artríticos y calambres que sobrevienen de tiempo en tiempo.

Estos fenómenos preocupan constantemente el espíritu de la enferma, quien cree, con razon á mi juicio, hallarse afectada por la misma dolencia de su hermana.

En efecto, todos los síntomas que ofrece me revelan un trabajo mórbido que está en vía de ejecucion en los nervios del pié y de la mano.

Es esta la enferma en que fundo mas esperanzas en el tratamiento. Como la afeccion se encuentra en su principio he prescrito el empleo bien dirijido de la electricidad, los baños frios, etc., etc.

TERCERA OBSERVACION

G....B.... de 29 años de edad, soltera, nacida en Buenos Aires, de constitucion débil y temperamento linfático, es hermana de la señora objeto de la anterior observacion, á la cual remito al lector para el conocimiento de los conmemorativos de familia.

La enferma ha sido siempre sana, habiendo sufrido en su niñez la viruela con tal intensidad que le ha dejado en su fisonomía verdaderas placas cicatriciales producidas por la abundancia de pústulas.

No recuerda la edad en que tuvo la primera menstruacion, solo refiere que el flujo catamenial ha sido siempre poco abundante y de corta duracion.

La afeccion actual ha comenzado próximamente hace 7 años. La causa apreciable, segun ella, han sido los repetidos desarreglos que ha cometido, especialmente los baños frios que tomaba al entrar de la calle estando su cuerpo en transpiracion.

Los primeros fenómenos que le hicieron comprender que su salud se alteraba, sobrevinieron precisamente despues de haber tomado un baño en las condiciones ya mencionadas.

La enfermedad tuvo principio por hormigueo é insensibilidad en el pié derecho y en seguida en el izquierdo. Recuerda que entonces cuando verificaba la marcha, percibia una estraña sensacion; como si caminase sobre lana ó algodon, ó en otros términos, no se daba bien cuenta de la naturaleza del suelo que pisaba.

Las uñas del pié comenzaron á sufrir cierta deformacion, coincidiendo esto con la aparicion de ampollas en la pulpa de los dedos.

Estas ampollas reventaban dejando salir una cierta cantidad de líquido trasparente, siendo en seguida reemplazadas por pequeñas úlceras de bordes duros, bastante profundas y exhalando una supuracion fétida.

A los cinco años de haber comenzado el padecimiento en los piés se inició en las manos con hormigueo y mas tarde insensibilidad, juntamente con dolores en las muñecas, en los codos, en los hombros y en las rodillas.

ESTADO ACTUAL

Mano derecha.—Los dedos índice, medio y anular de la mano derecha están retraidos por sus respectivos tendones flexores. En el dedo anular la segunda y tercera falanjes forman una línea vertical á la primera. Esta situacion del dedo es la que existe en el estado de reposo de la mano. El dedo medio está engrosado en el vértice.

En el dedo meñique se ha operado una deformacion por la caida de su segunda falanje. En el punto de union de la primera con la tercera falanje y en la parte dorsal existe una cicatriz callosa, vestigio de una antigua úlcera por donde salieron fragmentos óseos. Este dedo puede ejecutar lijeros movimientos de flexion.

La piel de la palma de la mano es sumamente callosa, á pesar de que la enferma no se ha dedicado nunca á rudas labores.

Las eminencias tenar, hipotenar y los músculos intermetacarpianos están atrofiados.

Mano izquierda.—El dedo pulgar algo deformado, posee una cicatriz callosa en todo su vértice, que ocupa el sitio de una úlcera anterior. Conserva íntegros sus movimientos.

Los cuatro dedos restantes están en flexion, lijera para los dedos índice y medio y sumamente pronunciada para el anular y meñique, que llegan á tocar casi con su pulpa la palma de la mano. Estos últimos están desviados hácia la línea media de la mano.

En la cara esterna y en el vértice del índice ha habido una ampolla que ha sido despues reemplazada por una úlcera.

En el dedo medio y en la union de la primera con la segunda falanje ha existido una úlcera que ha ocasionado una retraccion de la piel.

En el dedo pequeño, en su dorso y en la union de la primera con la segunda falanje hay una cicatriz de la misma naturaleza que la anterior.

La piel de la palma de la mano es igualmente callosa como la de la anterior.

Las eminencias tenar, hipotenar y espacios intermetacarpianos están atrofiados.

La sensibilidad táctil en ambas manos está notablemente disminuida, á tal punto que la mujer no tiene conciencia de lo que toca sinó por intermedio del órgano de la vista.

Las sensibilidades dolorosa y térmica nulas.

Piés. — Estos órganos á pesar de haber sido los primeros en ser atacados por la enfermedad no ofrecen fenómenos mas avanzados que en las manos.

El dedo gordo del pié derecho está muy deformado. Ha tenido en su vértice una úlcera y ha perdido una porcion de su segunda falanje. Los demás dedos están en flexion y no ofrecen ninguna particularidad digna de fijar la atencion.

En algunos puntos de la planta de los piés han aparecido ampollas, que reemplazadas mas tarde por úlceras, están sustituidas actualmente por costras callosas muy espesas.

Las modalidades de la sensibilidad han sufrido las mismas modificaciones que en las manos.

He aquí las lesiones que ofrecen los ojos, segun el Dr. Roberts :

En esta enferma la epífora es lo que mas la molesta, tiene fotofobia mas que en la enferma de la observacion 5ª, y contrariamente á lo que se pasa en esta, los párpados han sufrido una desviacion en sentido contrario ; hay un ectropion de los párpados inferiores en ámbos ojos. No existe estrechez lagrimal, desde el segundo ó tercer dia se le pudo pasar la sonda núm. 3 y en seguida la núm. 4 de Bowman.

En la córnea izquierda hay una queratitis caracterizada por una opacidad casi central y algunos vasos que van de la periferia al centro de esta infiltracion grisácea.

LEPRA ANESTÉSICA

Gafeira — Quigila



LÁMINA 1ª

de hacerse perceptible la forma de las falanjes. No ha quedado sinó un vestijio de la uña, á causa de una antigua ulceracion que existió debajo de ella.

El dedo índice ha perdido su segunda y tercera falanje; existe en su estremidad un pequeño muñon que sostiene una uña.

El dedo medio tiene la estremidad palmar casi en contacto con la cabeza de su correspondiente metacarpiano y se halla un poco desviada hácia afuera del eje de la mano.

Los dedos anular y meñique tienen tambien sus falanjes en flexion las unas sobre las otras y sus estremidades están desviadas hácia el eje de la mano.

Mano izquierda. — La segunda falanje del pulgar está, como en la mano derecha, en flexion sobre la primera. La uña muy alterada.

El dedo índice tiene en una flexion forzadísima la segunda falanje sobre la primera y la tercera sobre la segunda. La uña de este dedo toca la palma de la mano. Tiene en su base y en la parte palmar muchas cicatrices que han producido repliegues de la piel del dorso.

El dedo medio está muy engrosado comparativamente con los demás de la misma mano y con su congénere de la mano derecha. La uña está muy engrosada y deformada; arriba de su raiz se encuentra una pequeña ulceracion de medio centímetro de diámetro, con una coloracion pálida y rodeada por un epidermis grueso y liso.

El dedo anular ha perdido su tercera falanje y los tejidos blandos que la cubrian han permanecido formando un pequeño muñon con una uña pequeña.

El dedo meñique ha perdido su segunda falanje y la tercera está en flexion sobre la primera.

La piel de la palma y del dorso de la mano ofrece los mismos caractéres de la mano derecha. En la eminencia hipotenar existen los vestijios de una antigua ampolla.

Las funciones del organismo se verifican con bastante regularidad y de acuerdo con la edad caduca de la enferma.

En los piés no existe otro fenómeno que una hiperestesia cutánea que sobreviene algunas veces y los ojos no presentan ninguna de las alteraciones que se mencionan en los demás enfermos y que figuran como uno de los caractéres de la enfermedad.

QUINTA OBSERVACION

Cipriana Vivas, argentina, viuda, de 54 años de edad, entregada durante su vida á las labores domésticas, de constitucion regular y temperamento algo linfático; la examiné en su domicilio calle de Chile número 585 el dia 8 de Julio de 1877.

Sus ascendientes y colaterales han sido personas de buena salud, no habiendo ninguno de ellos sufrido afeccion alguna nerviosa ó de la piel.

La enferma ha padecido la viruela, el sarampion, la escarlatina, el cólera, la fiebre amarilla y un ataque de histerismo.

Ha residido siempre en Buenos Aires, lugar de su nacimiento, y en su juventud en las cercanías del pueblo de Flores.

El 3 de Setiembre de 1838 tuvo su primer hijo, disfrutando hasta esa época de una buena salud, si se esceptúan las fiebres eruptivas que sufrió y que quedan mencionadas.

A los 15 dias de aquel parto tuvo un gran disgusto. A este atribuye la paciente la causa de su afeccion, que comenzó por *hormigueo* y despues *insensibilidad* en las manos y los piés, á punto de volverse las primeras torpes en el desempeño de sus tareas habituales. Al mismo tiempo apareció una tumefaccion de la cara y postracion de fuerzas, que la obligó á guardar cama. Requerido un boticario para su asistencia, le prescribió unos baños de piés compuestos de mostaza, ruda y hojas de naranjo, y aplicacion de sinapismos en las pantorrillas y planta de los piés. La accion rubefaciente de la mostaza no ocasionando ninguna molestia, la madre de la enferma dejó los sinapismos aplicados durante toda la noche, lo que produjo, como se comprende, una accion vesicante intensa. La paciente atribuye á este empleo irracional de la medicacion revulsiva, el hecho de no poder mover entonces los piés. Visitada por un médico le practicó éste dos sangrias y le prescribió unas tisanas y baños.

Vuelta de nuevo á su anterior estado, observó la enferma que la insensibilidad y el hormigueo persistian. Algun tiempo des-

pues le sobrevino un dolor intenso en la region lumbar de la columna vertebral; al mismo tiempo una paraplegia completa. El médico que la asistió hízole practicar una sangría en tres dias consecutivos, y le ordenó baños calientes tres veces por dia, dieta severa y suspension de la lactancia del hijo que entonces amamantaba. La primera sangría le restituyó los movimientos de una pierna y la segunda los de la otra. Esta enfermedad la obligó á permanecer en la cama durante 15 dias y con su desaparicion la enferma pudo observar que la sensibilidad táctil habia aumentado bastante, pues que no era tan torpe con sus manos como antes.

Desde esta fecha, comenzaron á aparecer en los dedos de la mano sucesivamente y á largos intérvalos de tiempo unas ampollas, cuyo orígen las atribuye la enferma á quemaduras. Estas ampollas eran reemplazadas por úlceras atónicas, de supuracion muy fétida y cuya cicatrizacion se hacia esperar por mucho tiempo. La mayor parte de las uñas se engrosaron y deformaron y la cáries de los huesos fué eliminando gradualmente todas las falanjes. Interrogada la paciente sobre el órden con que la afeccion fué invadiendo los dedos y aquel con que se hizo la pérdida de las falanjes, contesta sobre el primer punto, que no tiene recuerdos fijos y respecto al segundo que la pérdida de los huesos se hizo primeramente en las terceras falanjes, en seguida en las segundas y finalmente en las primeras. No ha existido en ningun dedo la eliminacion de una falanje completa, pues segun la espresion de la enferma, todos los huesos estaban *cariados* ó *comidos*.

ESTADO ACTUAL

(Véase la lámina segunda)

Hacen próximamente 20 años que las manos están como se encuentran en el momento de nuestro exámen.

El intérvalo de tiempo que ha trascurrido para perderse los dedos no lo puede calcular la enferma con precision, no obstante afirmar que no baja de 4 á 5 años.

Mano izquierda. — En esta mano no ha quedado sinó la primera falanje del dedo pulgar y el lugar de implantacion de los demás dedos está reemplazado por pequeños muñones mas ó

LEPRA ANESTESICA

[illegible]



LAMINA [illegible]

para la [illegible] en la región [illegible] de la [illegible] al mismo tiempo una [illegible] completa. [illegible] de una parte y la segunda [illegible] de la otra. [illegible] pudiéramos ver que la sensibilidad [illegible]

[illegible] en los dedos de la mano [illegible] intervalo de tiempo [illegible] La mayor parte de las uñas [illegible] los dedos [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] el intervalo de tiempo [illegible]

LEPRA ANESTÉSICA

Gafeira — Quigila



LÁMINA 2ª

menos gruesos. En estos muñones se observan cicatrices callosas, vestigios de las antiguas úlceras que han destruido las partes blandas y eliminado las falanjes. La piel de la palma es muy callosa y la del dorso suave y lisa al tacto, tiene un aspecto apergaminado que hace sospechar que el dérmis ha sufrido una modificacion profunda y á nuestro juicio una especie de trasformacion fibrosa.

Mano derecha. — Esta mano no tiene ningun dedo y no ofrece sinó los pequeños muñones formados por la piel de los tejidos blandos. Se encuentran, como en la mano izquierda y en los puntos de implantacion de los dedos, cicatrices muy callosas. En la parte dorsal é inferior del antebrazo derecho se vé una ulceracion superficial producida por una quemadura, de fondo color rosado, de bordes duros, indolentes y callosos. La piel del dorso y palma tiene los mismos caractéres que en la mano izquierda.

La sensibilidad táctil bastante abolida persiste todavia en ambas manos y la mano izquierda que aun conserva una falanje en su dedo pulgar es la que mas ayuda á la desdichada enferma en sus ocupaciones domésticas.

La sensibilidad dolorosa y térmica han desaparecido por completo.

Pié derecho. — El dedo gordo con una uña deformada y engrosada ha perdido su segunda falanje. Ha cambiado de forma y en su cara inferior la piel está reemplazada por un tejido calloso.

El segundo dedo ha perdido su segunda y tercera falanjes; los tejidos blandos que las cubrian forman un muñon pequeño estrangulado en su base y separado por un profundo surco de la primera falanje. No tiene uña.

El tercer dedo no existe. El cuarto dedo del cual no existen mas que los tejidos blandos que constituyen un pequeño muñon, está fuertemente comprimido por el segundo dedo desviado hàcia fuera y el pequeño desviado hácia adentro. El quinto dedo posee todas sus falanjes.

El dorso de ambos piés ofrece un lijero edema y la piel los mismos caractéres que en las manos. Los movimientos de flexion y estension poco marcados.

La sensibilidad táctil persiste aunque disminuida. Este fenó-

meno esplica la marcha vacilante de la enferma y las frecuentes contusiones que recibe mientras ejecuta aquella.

La sensibilidad térmica está abolida por completo en los piés y piernas, y respecto á la dolorosa puede decirse que persiste en algunos puntos.

En las regiones plantares interna y esterna existen dos pequeñas úlceras de bordes callosos que suministran un poco de pus.

Pié izquierdo. — El dedo gordo ha desaparecido y está reemplazado por un pequeño muñon. El segundo dedo no tiene ni uña ni falanjes; el muñon que lo reemplaza es relativamente mas grande que el del dedo anterior. El tercer dedo no tiene falanjes pero si uña; está estrangulado en su base y fuertemente desviado hácia adentro. El cuarto dedo no posee sinó su primera falanje y una pequeña uña engrosada. El quinto dedo está desviado hácia adentro, de tal manera que cabalga sobre la base del cuarto; tiene uña y falanje.

Este pié tiene unas escamas en su dorso y parte externa. Sus dedos casi todos están desviados hácia afuera y en flexion. La enferma refiere sentir en la planta de ambos piés una especie de retraccion de los tendones, que contribuye por su parte á dificultar la marcha.

He aquí las lesiones de los ojos descritas por mi amigo el Dr. Roberts :

« Las lesiones de los ojos observadas en esta enferma son múltiples.

« Existia una estrechez de las hendiduras palpebrales que fué corregida en ámbos ojos con una cantoplastia.

« Existia y existe actualmente un entropion que ha sido operado y corregido varias veces con puntos de sutura en la piel del párpado inferior y en la del superior. La enferma ha esperimentado mejoría al poco tiempo de la operacion, debido á la posicion normal que tomaron las pestañas, pero el entropion se reprodujo al poco tiempo dando lugar á que la desviacion hácia adentro de las pestañas sea causa de irritacion permanente para ámbas córneas.

« Llama desde luego la atencion una epífora que sufre la paciente desde tiempo atrás.

« Averiguando la causa de este trastorno en el curso de las lágrimas, se halla una estrechez de las vías lagrimales. Es con dificultad que puede pasarse en ámbos lados una sonda de Bowman núm. 1, prévia incision de los puntos lagrimales, tanto superiores como inferiores.

« Las córneas de ámbos ojos sufren una lesion de naturaleza asténica caracterizada por la opacidad y engrosamiento del tejido enfermo. Esta lesion está limitada en ámbos lados á la mitad inferior de la córnea y se diria que es el roce producido constantemente por la desviacion de las pestañas del párpado inferior sobre el tejido de la córnea, el que ha dado lugar á una irritacion ó inflamacion crónica, limitada á esa parte y produciendo una série de trastornos que han ocasionado una lesion que dificulta la vista.

« La cámara anterior está estrechada, no se puede distinguir si el iris está adherente en la parte inferior, solo se distingue la mitad superior de la pupila sin deformacion. La paciente se conduce sola con bastante dificultad cuando la luz del sol es intensa. La parte superior de ámbas córneas no tiene lesion pero ha perdido algo de su brillo y trasparencia normal en la inmediacion de la opacidad descrita.»

SESTA OBSERVACION

Cármen Cernadas, próximamente de 55 años de edad, viuda, cordobesa, de constitucion débil y de temperamento linfático. La examiné el 12 de Setiembre de 1877.

Ha pasado toda su vida entregada á labores domésticos y actualmente á la mendicidad por causa de su enfermedad. Reside en una casa de la calle de Armonía entre Lima y Salta.

No tiene antecedentes de familia porque no conoce ni ha conocido ningun individuo perteneciente á ella. Abandonó á Córdoba en su juventud y se estableció en Junin durante dos años, pasando despues á Zárate.

Ha tenido cinco hijos. Su afeccion data de 14 años, época en que dejó de aparecer la menstruacion, funcion que se desempeñó siempre con perfecta regularidad. Ha gozado de buena salud.

El comienzo de su padecimiento lo refiere la enferma de esta manera: se encontraba de visita en casa de una amiga y habiéndola esta invitado á tomar un mate lo aceptó. De vuelta á su casa observó en la palma de la mano derecha una gran ampolla que su hija reventó mas tarde; se hicieron sentir entonces hormigueo y dolores en ambas manos, como tambien en las articulaciones radio-carpianas, sobrevino la contractura de los dedos y la aparicion de ampollas que reemplazadas en seguida por úlceras, daban salida á pus mezclado con fragmentos de falanjes.

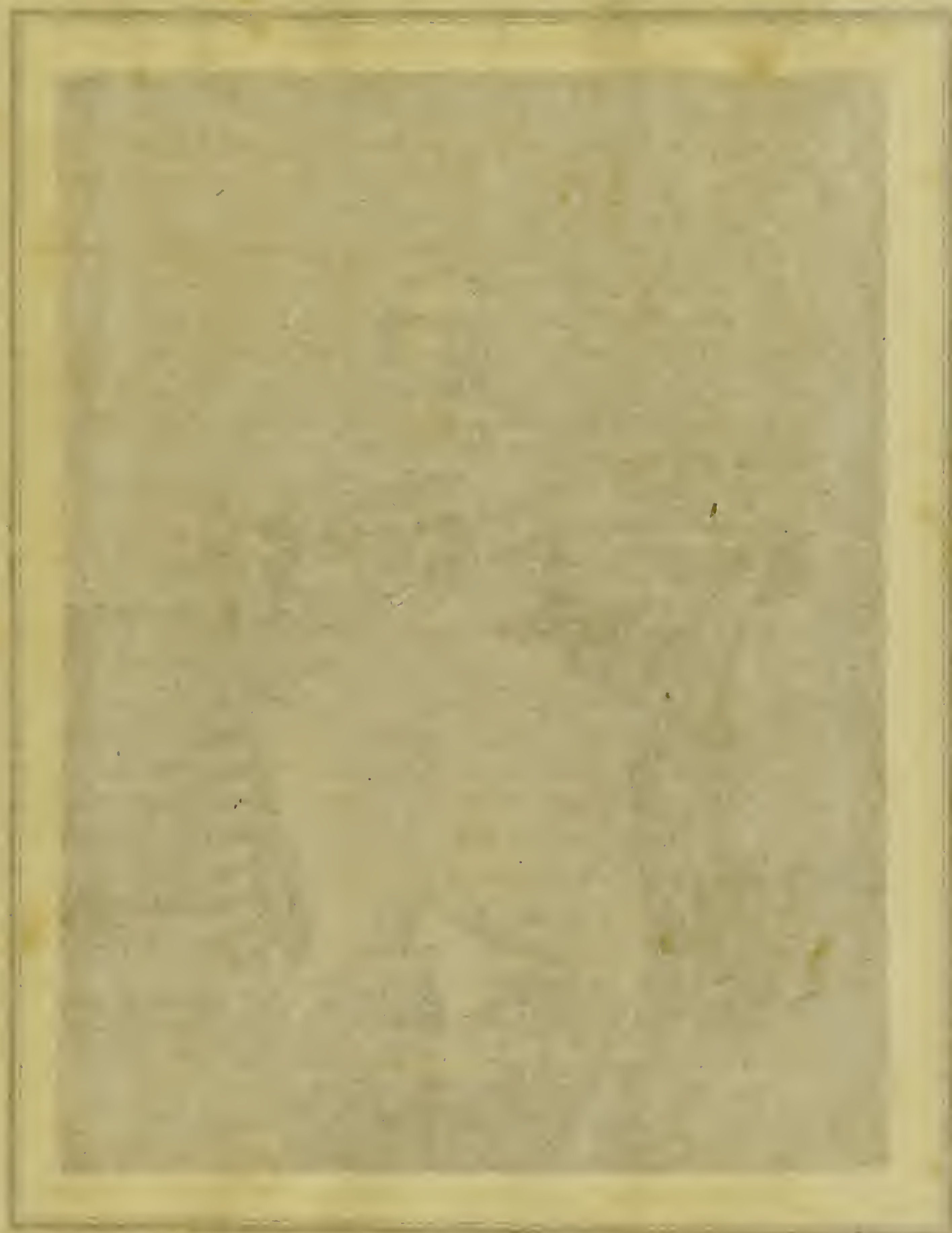
La dolencia comenzó en los piés un año despues de haber dado principio en las manos.

ESTADO ACTUAL

(Véase la lámina tercera)

El dedo pulgar posee sus dos falanjes. En el pliegue palmar, union de las dos falanjes, ha existido una úlcera cuya cicatrizacion ha arrastrado la uña y los tejidos blandos hácia el eje me-

LEPRA ANESTESICA



LAMINA V

LEPRA ANESTÉSICA

Gafeira — Quigila



LÁMINA 3ª

dio y la palma de la mano, de tal manera que á la simple vista se creeria á este dedo formado por tres falanjes. La uña está un poco deformada y las estremidades de las falanjes están muy engrosadas. Los movimientos de aduccion y abduccion son muy limitados. La articulacion trapecio-metacarpiana está muy visible por la atrofia de los tejidos blandos que la cubren.

El dedo índice no posee sinó una porcion de su primera falanje; goza de algun movimiento. Segun la referencia de la enferma, un médico de Zárate tuvo que amputárselo porque estaba á punto de caerse por sí solo.

El dedo mediano ha perdido su segunda falanje y la tercera está en flexion forzada é inmóvil sobre la primera. Los movimientos que ejecuta con este dedo no obran sinó sobre la primera falanje, pues la tercera permanece en la inmovilidad.

El dedo anular ha perdido su segunda falanje y de la tercera no queda sinó la porcion correspondiente á la uña que está muy deformada. Los tejidos blandos que cubrian la segunda falanje y el resto de la tercera forman una especie de muñon perpendicular á la cara palmar de la primera. Los tendones flexores de este dedo están retraidos y hacen eminencia debajo de la piel. Los movimientos de estension y flexion son muy limitados.

El dedo meñique ha perdido su segunda falanje. La tercera está en flexion forzada sobre la primera y en el punto que las separa se encuentra una úlcera linear de bordes callosos y de carácter atónico. La uña de este dedo está desviado en direccion contraria al eje de la mano y por causa de una ampolla que existió en la estremidad del dedo y en su parte dorsal.

Las eminencias tenar é hipotenar y los espacios intermetacarpianos están atrofiados. La piel de la palma de la mano es muy callosa y en algunos puntos existen manchas blanquizcas por la desaparicion del pigmento. En la raiz del dedo meñique y en la parte dorsal existe una pequeña úlcera de bordes irregulares que ha comprometido únicamente las capas superficiales del epidérmis.

Las sensibilidades táctil, térmica y dolorosa completamente abolidas desde la articulacion radio-carpiana hasta las estremidades de los dedos; á medida que se asciende las sensibilidades van haciéndose mas perceptibles y en la parte superior del brazo se encuentra en su integridad fisiológica.

Mano izquierda. — El dedo pulgar tiene sus dos falanjes y su aspecto es muy análogo al de la mano derecha; los tejidos blandos y la uña deformada forman tambien un muñon alargado que hace creer á primera vista en la existencia de una tercera falanje; la retraccion de esos tejidos ha sido producida por una úlcera.

El dedo índice no tiene mas que la primera falanje. El vestijio de la uña rodeada por una piel callosa forma un pequeño muñon en la cara palmar de la falanje que ha quedado. En la cara dorsal se ven los vestijios de una ampolla de existencia no muy remota que ha sido producida por el fuego.

El dedo mediano no tiene mas que su primera falanje y los tejidos blandos atrofiados que cubrian las otras dos falanjes se han aplicado sobre la cara palmar de la primera, de tal manera que forman allí una pequeña eminencia de donde sale una uña gruesa, larga, de forma cónica y rodeada de bordes desiguales y callosos.

El dedo anular ha perdido la porcion articular de la segunda y tercera falanjes. La estremidad del dedo está desviada fuertemente hácia el eje de la mano. En la cara palmar del dedo se encuentran dos surcos profundos y callosos, distantes un centímetro uno de otro. Las porciones restantes de la segunda y tercera falanjes forman un tallo vertical á la cara palmar de la primera.

El dedo meñique ha perdido su tercera falanje y la estremidad de la segunda está muy engrosada. La uña deformada y espesa.

Las eminencias tenar, hipotenar y los espacios intermetacarpianos están atrofiados.

Las sensibilidades térmica, táctil y dolorosa se hallan abolidas en la mano y muy embotadas en el antebrazo.

Pié izquierdo.—El dedo gordo tiene unos 4 centímetros de largo y 2 $^1/_2$ de ancho. La uña engrosada está desviada hácia el eje del pié. La cara plantar de este dedo tiene un tejido calloso sumamente espeso.

El segundo dedo tiene su primera falanje en una lijera estension; la segunda ha desaparecido y la tercera tiene su estremidad libre engrosada. La uña muy pequeña está desviada hácia afuera del eje del pié.

El tercer dedo ha perdido todas sus falanjes y no queda de él mas vestijio que un pequeño muñon comprimido entre los dedos segundo y cuarto y con una uña alargada.

El cuarto dedo ha perdido su segunda y tercera falanjes. La uña se halla en la cara plantar de la primera. Este dedo ofrece la forma de una aceituna.

El quinto dedo ha desaparecido por completo y no queda en su lugar mas que una pequeña depresion rodeada por tejidos callosos.

Las diversas manifestaciones de la sensibilidad están abolidas completamente y van haciéndose mas y mas perceptibles á medida que se asciende á lo largo de la pierna. Cuando la enferma marcha, siente poco el suelo y segun su espresion tiene los piés *adormecidos*.

Pié derecho. — El dedo gordo ha perdido sn segunda falanje. La uña está muy engrosada.

El segundo dedo tiene un volúmen mayor que el dedo gordo ofreciendo 3 centímetros de lonjitud y dos centímetros de ancho. La caida espontánea del epidermis engrosado, la coloracion rosada intensa y especialmente su aumento de volúmen, demuestra que es el sitio de un trabajo mórbido actual mas activo que el que se pasa en los demás dedos. Segun la enferma los demás dedos se han encontrado en época remota en iguales condiciones que este.

El tercer dedo ha perdido su segunda y tercera falanjes que han sido reemplazadas por un muñon sin uña.

Los dedos cuarto y quinto han perdido todas sus falanjes y están reemplazados por muñones alargados, el correspondiente al cuarto del tamaño de una gruesa avellana conserva su uña deformada, y el del quinto de una forma aplanada, ofrece el aspecto de un espeso boton.

Las modalidades de la sensibilidad y el aspecto y caractéres de la piel, no ofrecen ninguna diferencia con el pié izquierdo.

SÉTIMA OBSERVACION (1)

Tomasa Cepeda, próximamente de 55 años de edad, viuda, argentina, nacida en San Nicolás de los Arroyos, es de constitucion regular y de temperamento linfático. La examiné el 16 de Setiembre de 1877 en su domicilio calle de Charcas entre Centro-América y Larrea.

La madre murió de senectud é ignora la causa de la muerte del padre que falleció en la Banda Oriental. Los hermanos y hermanas no han padecido de ninguna afeccion que haya fijado mi atencion y respecto á sí misma refiere la paciente no haber sufrido ningun padecimiento anterior al actual.

Este ha comenzado hace próximamente como siete años. Al principio tuvo hormigueo y mas tarde hiperestesia cutánea en las manos; poco despues se fueron encogiendo los dedos de aquellas y apareciendo ampollas en la parte palmar, que reemplazadas por úlceras atónicas daban salida á fragmentos de falanje. La hiperestesia cutánea fué sustituida por una anestesia bastante pronunciada. Tuvo tambien dolores en las articulaciones radio-carpianas y del codo y observó que los tejidos blandos que cubrian sus manos se iban atrofiando gradualmente, que sus carnes se iban *secando* segun su propia espresion.

La dolencia comenzó al mismo tiempo en ambas manos y cinco años mas tarde eran igualmente atacados los piés.

ESTADO ACTUAL

(Veáse la lámina cuarta)

Mano derecha.—El dedo pulgar tiene sus dos falanjes, pero solamente la segunda está en flexion forzada sobre la primera. La

(1) Esta enferma era asistida en el Consultorio gratuito de la calle de Moreno, por el Dr. Ayerza (hijo), quien tuvo la cortesía de hacérmela conocer.

LEPRA ANESTÉSICA

[illegible]



LAMINA I

LEPRA ANESTÉSICA

Gafeira — Quigila



LÁMINA 4ª

uña está casi intacta en su forma y únicamente algo engrosada. Goza el dedo de algunos movimientos de abduccion y aduccion.

El dedo índice tiene su primera falanje y en la cara palmar de este se vé un muñon de forma cónica con una pequeña uña cerca de su vértice; comprimiendo aquel se percibe en su interior un fragmento pequeño de hueso que corresponde probablemente á una de las dos falanjes que han desaparecido.

El dedo medio tiene su primera y segunda falanjes y esta última se encuentra en flexion vertical sobre la primera. En la cara palmar y en el surco de separacion de la primera y segunda falanjes se halla una cicatriz que mantiene en flexion la una sobre la otra. La falanje que falta á este dedo como igualmente al anular le han sido estraidas por un médico á causa de que su caida era inminente.

El dedo anular se halla en idénticas condiciones que el medio.

El dedo meñique tiene todas sus falanjes en flexion forzada las unas sobre las otras. La tercera ha perdido una porcion de su estremidad libre.

Todos los dedos de esta mano, escepto el pulgar, gozan de movimientos bastante estensos.

La sensibilidad táctil muy embotada en la mano y antebrazo. Las sensibilidades térmica y dolorosa completamente abolidas, siendo digno de observarse que el límite de estas perturbaciones de la sensibilidad está en los codos. Mas allá de estos el funcionamiento de los nervios es completamente fisiológico.

Los espacios inter-metarcapianos y las eminencias ténar é hipotenar están atrofiados y la articulacion trapecio-metarcapiana muy visible. La piel del dorso de la mano muy flácida y la de la palma estremadamente callosa; no se observa ninguna mancha anormal.

Mano izquierda.—El dedo pulgar está muy engrosado y es actualmente el sitio de un proceso mórbido mas activo que el que tiene lugar en los demás dedos de la mano. La uña está engrosada y encorvada. En el momento en que examinábamos la enferma esta estrajo con suma facilidad la uña cuya matriz bastante inflamada dejó salir una pequeña cantidad de sangre.

La presion ejercida sobre este dedo no determinaba ningun dolor.

El dedo índice no tiene mas que su primera falanje; en el vértice de esta se encuentra un pequeño muñon con uña, y en la parte palmar una cicatriz callosa que, segun referencia de la enferma, dió antes salida á un fragmento de hueso. El dedo medio ha perdido las estremidades articulares de la segunda y tercera falanjes; estas están en flexion.

El dedo anular ha perdido su tercera falanje; los tejidos blandos que la cubrian forman un pequeño muñon. Este dedo y el anterior tienen sus estremidades libres algo desviadas hácia afuera del eje del cuerpo.

El dedo meñique tiene todas sus falanjes en flexion forzada. La piel y las modalidades de la sensibilidad se encuentran lo mismo que en la mano derecha.

Pié derecho.—Los dedos cuarto y quinto están reemplazados por pequeños muñones, formados esclusivamente de tejidos blandos. En su parte plantar y cerca de la articulacion metatarso-falánjica del tercer dedo, se encuentra una úlcera de dos centímetros de diámetro, con bordes callosos que deja ver una porcion ósea.

Pié izquierdo.—Ha perdido solamente el quinto dedo en cuyo lugar se encuentra un pequeño muñon.

La sensibilidad táctil está muy embotada en ambos piés, habiendo desaparecido por completo las sensibilidades térmica y dolorosa. A medida que se asciende arriba de la articulacion tibio-tarsiana estas perturbaciones de la sensibilidad van desapareciendo.

El estado general de la enferma es satisfactorio: las funciones no ofrecen ninguna perturbacion.

El órgano de la vision no ha sufrido alteracion alguna, á no ser un lagoftalmos no muy pronunciado que existe en ambos lados.

Este caso lo reputo el mas interesante de mi coleccion.

En efecto, he examinado el hijo menor de esta mujer, jóven de 18 años que ofrece los síntomas mas caracterizados de la elefantiasis de los Griegos. Este individuo fué atacado por la enfermedad á la edad de 8 años; actualmente tiene una multitud de tubérculos ulcerados en la cara, vastas úlceras en los miembros inferiores, dísnea intensísima que revela estar afec-

tados ya los pulmones; en una palabra, la enfermedad ha producido desórdenes tales, que la muerte no ha de tardar mucho en poner término á un cuadro tan triste (1).

La enferma objeto de esta observacion no tiene antecedentes elefantiásicos en sus ascendientes. Su marido fué atacado por la elefantiasis antes de procrear el último hijo, que es precisamente el enfermo á que mas arriba hacemos referencia.

De los 13 hijos de esta mujer ocho han muerto á consecuencia de dolencias comunes y de los cinco vivientes, cuatro son casados, gozando ellos y su prole de una excelente salud. En este caso está muy manifiesta la trasmision de la afeccion al último hijo, que por otra parte, refiere la madre, tenia la costumbre de dormir en el mismo lecho con el padre.

(1) Este desgraciado jóven sucumbió el 31 de Octubre del año pasado, en medio de la miseria mas espantosa y con una asfixia que no le permitia conciliar el sueño en los últimos dias que precedieron á su muerte. Deseaba hacer la autopsia, pero no pude obtener el consentimiento de la familia.

OCTAVA OBSERVACION

Observacion de un caso de lepra dactiliana, comunicado á la Academia de Medicina de Paris (1), *por el Doctor Moncorvo (de Rio de Janeiro).*

Señores:

El caso cuya historia vengo á presentaros, ofrece á mi modo de ver un interés escepcional despues de la interesante discusion que ha tenido lugar últimamente en el seno de esta sábia sociedad, con motivo de una comunicacion hecha por el Dr. A. Després, referente á una enferma cuyo diagnóstico estaba rodeado de las mas grandes dificultades (2).

Espero que la historia de mi enfermo pueda contribuir á la opinion emitida por el Dr. Devergie, relativa á la enferma de M. Després, apoyada tambien por M. Le Roy de Méricourt.

OBSERVACION

Machado, portugués, próximamente de sesenta años de edad, casado, residente en el interior de la Provincia de Rio de Janeiro (Brasil), de constitucion debilitada, de temperamento sanguíneo, jornalero en la campaña, arribó al Brasil á la edad

(1) Esta observacion acompañada de interesantes reflexiones, me ha sido remitida por mi ilustrado amigo el Dr. Moncorvo, quien me manifestaba en una carta, que á pesar de ser la enfermedad comun en el Brasil, no se habia descrito ningun caso. Esta observacion ha sido presentada á la Academia de Medicina de Paris, que nombró de su seno una Comision para estudiarla y pasar un informe. La Comision se ha espedido ya segun comunicaciones posteriores que ha recibido el Dr. Moncorvo, asi es que no trascurrirá mucho tiempo para que la Academia abra discusion sobre el caso.

(2) La historia de la enferma y la discusion suscitada con motivo del diagnóstico se encuentran mas adelante.

de doce años, perfectamente sano, yendo á establecerse en la ciudad de Paty-do-Alferes (Rio de Janeiro), donde se consagró á labores agrícolas, y donde permaneció varios años, sin haber sentido jamás perturbacion alguna en su salud.

Confiesa que abusaba desde algun tiempo de las bebidas alcohólicas. Su alimentacion consistia particularmente en el uso del fayol, de la harina de maiz, de la harina de mandioca, de otras raices y tubérculos, de la carne ahumada (carne seca) y en el mas alto grado de la carne de puerco (1).

Su enfermedad que data de ocho años ha comenzado de la manera siguiente:

Una mancha violácea, no saliente é indolente, sin prurito, se presentó en la parte media de la cara dorsal de la mano izquierda; sobre esta mancha se formó una pápula, sobre la cual se presentó una vesícula, que rota por el enfermo, dió lugar á una pequeña ulceracion. Comenzaron á mostrarse sobre otros puntos de la misma region, manchas idénticas á la precedente. La piel que la cubria se habia vuelto espesa, rugosa, menos elástica y poco movible; se podia muy difícilmente pincharla. Al mismo tiempo, notaba el enfermo que la sensibilidad disminuia considerablemente en los puntos ocupados por las manchas; pero no existia hiperestesia. Mas tarde se han agregado á las primeras otras manchas que ocupaban la cara dorsal de los dedos, que se hinchaban á medida que aquellas empalidecian.

Estos mismos dedos se contraian: la primera falanje se encorvaba en el sentido de la estension hácia el dorso de la mano, mientras que las últimas entraban en flexion, acercándose á la vez del eje de la mano. El enfermo consultó entonces á un médico de la localidad, quien le aconsejó el hacer ligar la mano sobre una pequeña tabla, con el objeto de obtener el enderezamiento y corregir la deformacion. El paciente ha llevado este aparato ocho meses próximamente sin esperimentar ninguna mejoría.

La deformacion se acentuaba mas y mas; los dedos se ponian

(1) En la Provincia de San Pablo, donde reina epidémicamente la lepra en el mas alto grado, se hace un empleo abusivo de la carne de puerco y se ha observado que este animal está á menudo atacado por una afeccion que se asemeja mucho á la lepra (*morphea*, Brasil).

progresivamente mas tumefactos y menos sensibles; y en seguida se podia observar la flexion incompleta de la primera falanje del meñique y del índice. Al nivel del surco que los separa en su base, se formó posteriormente una pequeña ulceracion amarilla agrisada, fungosa, con bordes salientes, cortados á pico, pero pálidos.

Se presentó tambien otra ulceracion semejante en la pulpa del meñique y ganando en profundidad invadió casi todo su espesor.

En el borde interno del medio, al nivel de la articulacion de la primera con la segunda falanje, se formó otra úlcera linear.

En la estremidad inferior de la cara posterior del antebrazo, cerca de la articulacion radio-carpiana se presentó en fin, una última úlcera mas ancha que las precedentes, con fondo pálido desigual, con bordes violáceos y cortados á pico y de donde surgía un icor sero-purulento. El resto del miembro no ofrecia nada de anormal.

Un año despues de la manifestacion de estas alteraciones en la mano izquierda, se dejaron ver sobre la cara dorsal de la mano derecha manchas semejantes á las ya descritas, sin ser seguidas ni de úlcera, ni de deformacion. No obstante se percibia el debilitamiento de la fuerza muscular, al mismo tiempo que la anestesia y la analgesia progresiva. El paciente se quemaba á menudo con el cigarrillo sin apercibirse.

Fuera de las lesiones observadas en los miembros superiores no habia esperimentado el enfermo perturbacion alguna de la salud general, no obstante el abuso de los alcohólicos á los cuales se entregaba desde algun tiempo. La fotografía adjunta *(véase lámina quinta)* puede dar una idea exacta de las alteraciones sufridas en los últimos tiempos por la mano, sitio principal de las lesiones. Se hallaba en este estado hácia cierto tiempo, cuando tuvimos la ocasion de ver por primera vez al enfermo. Machado habia ensayado varios medicamentos prescritos por diversos médicos, tales como el bicarbonato de soda, el arseniato de soda, sin esperimentar modificacion alguna favorable.

LEPRA ANESTESICA

[illegible]

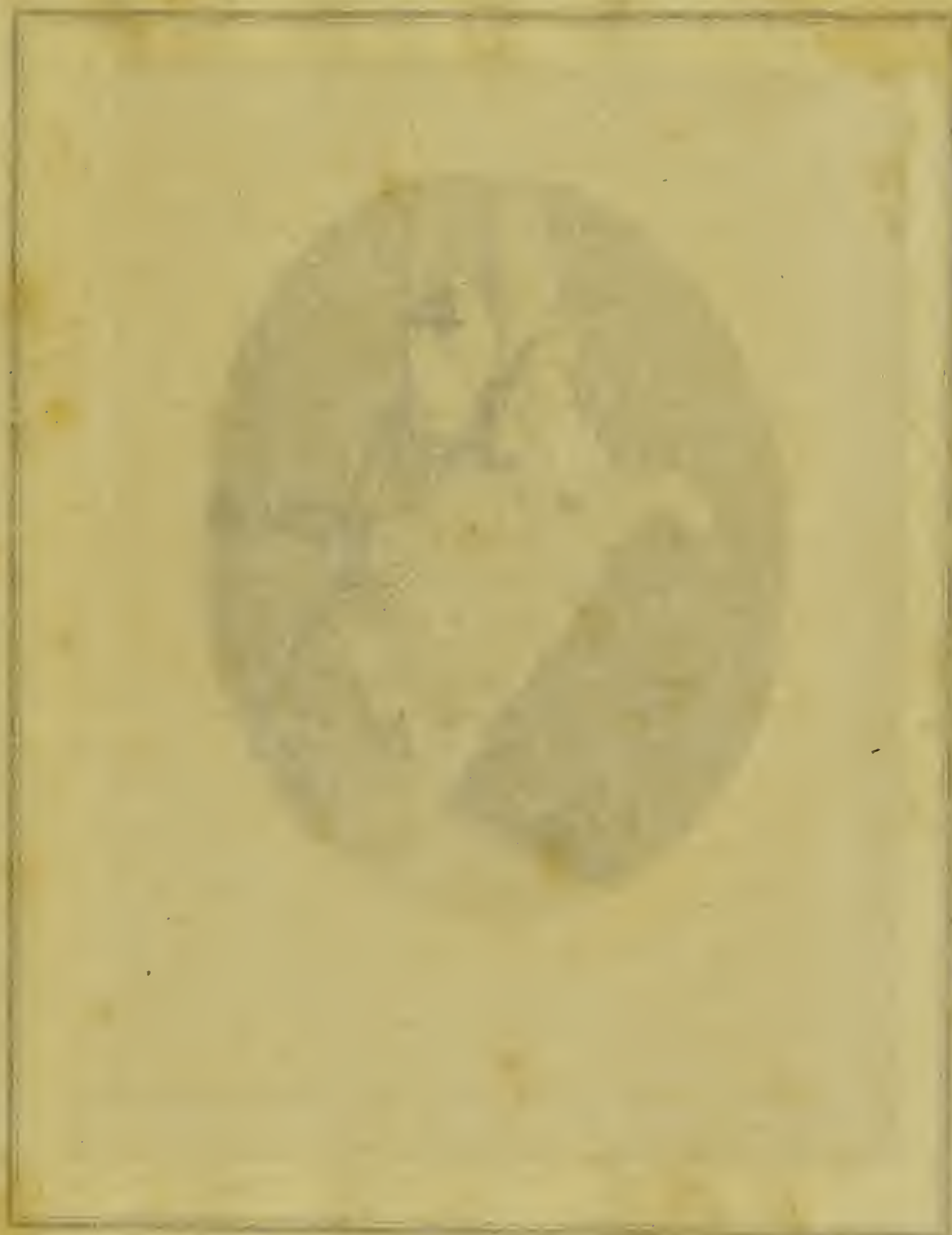


LÁMINA [illegible]

LEPRA ANESTÉSICA

Gafeira — Quigila



LÁMINA 5ª

REFLEXIONES

El enfermo, cuya historia abreviada acabo de trazar, ofrece la mas resaltante analogía con la enferma que ha sido presentada ante la Academia de Medicina de Paris por el Dr. Després en la sesion del 30 de Noviembre de 1875, y que ha suscitado una brillante discusion en las sesiones del 29 de Febrero y del 14 y 23 de Marzo de 1876, en la cual han tomado parte MM. Hardy, Hillairet y Devergie. Veo en las lesiones de mi enfermo las manifestaciones características de la *lepra dactiliana*, denominacion aplicada por M. Collas, médico de la marina francesa, á la elefantiasis de los griegos localizada en las estremidades y acompañada de deformacion de los dedos de la mano y del pié. Acompañando atentamente la sábia discusion arriba mencionada, no puedo dejar de confesar que la opinion sostenida por MM. Dévergie y Le Roy de Méricourt me parece la única exacta y aceptable. Los médicos que ejercen en los paises cálidos y que tienen la costumbre de ver un gran número de casos de lepra no podrán juzgar de otra manera.

Las formas bajo las cuales se revela esta cruel entidad mórbida (terrible proteo) son bastante numerosas.

Duchassaing, Délioux de Savignac, Brasac y tantos otros lo han demostrado. Es precisamente esta circunstancia que hace tan á menudo difícil el diagnóstico de la enfermedad cuando se limita á lesiones parciales, sin los otros signos característicos que puedan alejar las dudas al respecto. Despues de los trabajos del Dr. Mauricio Raynaud sobre la enfermedad que ha llamado *gangrena simétrica de las estremidades,* se encuentra en él preciosos elementos para evitar la confusion con varias formas escepcionales de la lepra, en vista de que no será raro que las dos afecciones se aproximen por muchos rasgos semejantes. M. Devergie analizando con mucha ciencia el diagnóstico diferencial entre la gangrena simétrica y la elefantiasis de los griegos, señala con mucha exactitud la línea divisoria que las separa. No se puede clasificar de otro modo los dos casos: el de M. Després y el mio. Ambos representan positivamente una variedad de lepra estudiada por MM. Duchassaing y Collas, descrita tambien por los antiguos médicos portugueses con el nombre de *gafeira* ó *quigila (elephantiasis abnormis).*

Véase: *Memoria acerca da elephantiase dos gregos* por el profesor Silva Beirão (de Lisboa), publicada en las *Memorias de la Academia de Ciencias de Lisboa*, 1845, y el antiguo trabajo del Dr. Bernardino A. Gomez, titulado *Essai dermographique*, Lisbonne, 1825.

En esta última obra se puede leer una descripcion muy minuciosa de la enfermedad *(gafeira)*. Esta forma de la lepra parece tener una predileccion manifiesta por los miembros torácicos, aunque no obstante se la pueda hallar en los miembros inferiores.

El Dr. Collas que ha tenido la ocasion de observar un buen número de casos de este género en los indios que habitan Pondichéry, ha escrito respecto de la lepra lo que signe: «Esta terrible enfermedad que por lo comun no se describe sinó manifestándose bajo dos formas *(la tuberculosa* y la *anestésica)* se presenta en realidad bajo tres, que reunidas generalmente, pueden sin embargo existir aisladamente y en un estado de independencia absoluta. A las dos formas clásicas, es necesario añadir en adelante la llamada dactiliana, porque del mismo modo que se encuentran leprosos, ó simplemente tuberculosos, ó no ofreciendo sinó máculas anestésicas, he observado individuos que no manifestaban otros signos de la diátesis leprosa sinó por alteraciones en la forma de los dedos, ó muñones consecutivos á su amputacion espontánea».

Trata de demostrar M. Collas la analogía entre la lepra dactiliana y el *ainhum*, pero en mi trabajo sobre esta afeccion he conseguido demostrar lo contrario. La lepra dactiliana no ofrece por otra parte similitud alguna con la esclerodermia, el pian y las manifestaciones esternas de la escrofulosis.

Volvamos á la enferma de M. Desprès. La descripcion hecha por este práctico deja ver la mayor analogía entre este caso y el mio. La afeccion ha comenzado en ambos por el antebrazo, invadiendo á la larga los dedos. Ha insistido mucho M. Devergie sobre este punto para separar bien la enfermedad en cuestion de la gangrena simétrica de las estremidades. Tanto en la enferma de M. Desprès como en el mio, se habian limitado las deformaciones á un solo miembro y es apenas si algunas manchas anestésicas se han comprobado en el otro. Empero, conviene observar que las lesiones de la lepra pueden situarse simultá-

neamente sobre los dos miembros sin que por esto nos autorize á dudar de su existencia. En los dos enfermos la gangrena era húmeda, á consecuencia de la cual ha tenido lugar la pérdida de algunas falanginas y falanjetas. Los fenómenos característicos de la invasion de la gangrena simétrica no han sido observados ni en uno ni en otro de estos enfermos.

La duracion de la enfermedad era casi la misma : hacia siete años que padecia la enferma de M. Desprès ; en el nuestro las lesiones datan de ocho años. Contrariamente á lo que afirmaba M. Devergie en la discusion, diciendo : *no es precisamente la lepra de los paises cálidos,* refiriéndose á la enferma de M. Desprès, pedimos el permiso para asegurar que la variedad de la lepra de esta enferma, pertenece seguramente á los paises tropicales; es tal cual se observa en el Brasil, donde reina en un tan alto grado la elefantiasis. Es seguramente la lepra de la zona tórrida. No obstante, la localizacion sin la generalizacion habitual no es tan frecuente, aún en los climas cálidos. Aunque se la pudiese considerar como una forma degenerada de la afeccion, modificada por circunstancias desconocidas, no dejaria de ser observada, por ejemplo entre nosotros.

M. Hardy, rechazando el diagnóstico sentado por M. Devergie, ha hecho observar la existencia de manchas violáceas que están segun él, bajo la dependencia de la gangrena simétrica de las estremidades. Nadie podrá desvirtuar esta proposicion del sábio profesor, á saber : « que las manchas violáceas son una de las manifestaciones características de la dolencia descrita por M. Mauricio Raynaud »; pero lo que tambien es cierto es que podrán existir en los individuos afectados de lepra y en efecto, se observaban en la enferma presentada por M. Desprès, al principio del padecimiento. No hay duda de que los síntomas de la gangrena simétrica ofrece á menudo algunas analogías con los de la lepra dactiliana; pero como lo ha espuesto M. Devergie: « hay ciertos caractéres que distinguen clínicamente las dos afecciones » y los ha evidenciado en su discurso. En primer lugar, como lo ha observado este eminente cólega, la lepra puede ser ó no unilateral, al paso que la gangrena simétrica, como su nombre lo indica, tiene la particularidad característica de afectar siempre simultáneamente los dos miembros. La gangrena simétrica tiene por lo comun una muy larga

duracion, mientras que la de la lepra es indefinida. A propósito de esto no podemos menos que estar en desacuerdo con M. Devergie, cuando afirmaba que «*la gangrena simétrica recorre todos sus períodos en algunos meses ó en uno ó dos años, mientras que en el caso de M. Després duraba desde seis ó siete años la enfermedad*». Siendo primitivamente crónica puede tener una duracion comparable á la de la lepra; no abandona algunas veces al enfermo por todo el resto de su existencia.

El mismo M. Mauricio Raynaud, ha atendido próximamente trece años un enfermo, lo que representa una duracion doble de la que tenia la enferma de M. Desprès. La invasion de la gangrena simétrica de forma crónica (la que ofrece mas analogía con la lepra dactiliana), contrariamente á lo que tiene lugar en esta última, es ordinariamente muy brusca y alcanza con bastante rapidez el máximum de su intensidad.

«Es, dice M. Raynaud, desde el principio lo que permanecerá mas tarde». El principio de la lepra es sin igual lento; la enfermedad marcha progresivamente y sus desórdenes aumentan por grados. No se observa jamás en ella las recrudescencias características de la gangrena simétrica, separadas por intérvalos mas ó menos largos, algunas veces de varios meses. La enfermedad de M. Raynaud no produce jamás la muerte por sí misma; la lepra empero es una afeccion esencialmente mortal, bien que en ciertos casos, por su marcha excesivamente larga, puede la muerte ser ocasionada por otra dolencia accidental.

Por último, el pronóstico de la gangrena simétrica de las estremidades es, en el mayor número de casos, benigno, mientras que esto no sucede nunca en la elefantiasis de los Griegos.

No traeremos á tela de juicio la cuestion suscitada por M. Hillairet sobre la posibilidad de una confusion entre la lepra dactiliana y el *pian* ó *framboesia* en vista de que no h llamos punto de contacto entre las dos enfermedades, que pueda esponer á los prácticos á un error de diagnóstico. Sin embargo, debemos repetir que las ideas de M. Rollet (de Lyon) sobre la naturaleza sifilítica de la lepra no son admitidas tan generalmente hoy, como parece afirmarlo este sábio cólega.

NOVENA OBSERVACION (1)

Juliana Ramirez, correntina, costurera, de 28 años de edad, de temperamento nervioso y constitucion robusta, reside en la ciudad de Corrientes.

Antecedentes. — El padre aun existe gozando de completa salud; la madre no la conoció, pero segun ha oido al padre que se halla ausente, sufrió la misma enfermedad. No tiene sinó una hermana que se encuentra gozando de una perfecta salud.

Refiere no haber tenido mas que una fiebre intermitente en su niñez.

Atribuye su enfermedad actual á un baile; habiéndose concluido este, se sacó el calzado en una noche que soplaba un viento sud.

Recuerda que no bien habia llegado á su casa cuando sintió un adormecimiento en el brazo izquierdo y que al dia siguiente no era dueña de él, pues no lo podia manejar. Encontrándose así, temiendo los resultados venideros, y acosada por los dolores que sentia y por otra parte, no teniendo recursos para asistirse coma debia, llamó á un curandero, y éste con promesas de curarla á los veinte dias, vió no solo que no detenia el mal sinó por el contrario, notó la enferma, que este se apoderaba de la pierna izquierda, y se encontraba tambien imposibilitada en la marcha por la desaparicion de las sensibilidades táctil y dolorosa de este miembro.

Mas era poco. A los quince dias, sintió los mismos síntomas en el otro miembro inferior, quedando á los cuatro meses tullida. En este estado, bajo la impresion mas desesperante, llamó de nuevo á otro charlatan y estaba de Dios que bajo la asistencia de la

(1) Esta enferma fué hallada casualmente por mi señora madre, quien la vió al pasearse en los arrabales de la ciudad de Corrientes. Solicitado entónces mi amigo el Dr. Antonio Diaz de Vivar, se prestó gustoso á levantar la historia de dicha enferma.

ignorancia tenia que perder la accion del único brazo útil que le quedaba.

La enfermedad se abria paso y era necesario que siguiera su marcha ; en efecto, al mes mas ó menos, le apareció una flictena en la articulacion metatarso-falánjica del dedo gordo del pié izquierdo y habiendo supurado despues, esta despedia un humor purulento que cesó dejando en pos de sí una cintura que hace que el dedo se asemeje á una calabaza.

No habian pasado dos meses cuando sintió en la misma articulacion del pié y dedo contrario la misma novedad y reventando del mismo modo dejó las mismas huellas que aun existen.

Al parecer, esta creia que sus padecimientos habian tocado á su término; pero no fué así, pues no se hallaba aun restablecida, cuando volvió á notar la aparicion de una nueva flictena en la mano derecha, en la articulacion de la primera con la segunda falanje y siguiendo siempre su espíritu de destruccion dió por resultado que se desprendiera la falanjeta del dedo índice.

El mal seguia su marcha. Aparecieron despues otras flictenas en la mano izquierda y en las articulaciones de las primeras con las segundas falanjes de los dedos índice y pulgar ; no habian trascurrido doce dias cuando las falanjes se veian caer, dejando en pos de sí un muñon perfectamente cicatrizado. Pasaron dos meses, y fué necesario que un nuevo mal le sobreviniera ; efectivamente, una mañana se encuentra con una conjuntivitis, que tratada por lavatorios de agua de tabaco mandados por su médico y aconsejados por una curandera vino á parar en un leucoma que le priva ver con el ojo izquierdo. En este estado recien consultó á un facultativo, y la presencia de este no fué sinó para mayor desconsuelo, pues todo era inútil.

Las flictenas aparecieron por otras partes, pero no dejaron nada que sentir; vinieron, supuraron y desaparecieron.

La primera flictena que apareció fué en el dedo gordo del pié izquierdo y como no habia al parecer á que relacionarla, la atribuyó la enferma al calzado. Esta apareció al nivel del metatarso con la falanje.

La segunda fué tambien en el dedo gordo del pié derecho en su porcion palmar ; la tercera fué en el índice de la mano izquierda en su vértice, la cuarta en el dedo índice y pulgar de la mano derecha.

ESTADO ACTUAL

Mano izquierda en pronacion.

La eminencia tenar, hipotenar y los espacios intermetacarpianos están completamente atrofiados.

El dedo pulgar ha perdido la última falanje. Los movimientos de abduccion y aduccion pueden hacerse aunque incompletamente. El dedo índice tambien se encuentra sin la primera falanje; el resto del dedo goza de movimientos.

Mano derecha. — Igual posicion.

Las eminencias tenar é hipotenar, así como los espacios intermetacarpianos están tambien atrofiados.

El pulgar se encuentra acortado y la uña enteramente engrosada, desfigura completamente el dedo. Los cuatro dedos restantes se encuentran doblados sobre la palma de la mano y tan delgados que al parecer han perdido todos los tejidos blandos.

Pié derecho. — El dedo gordo se encuentra dividido por una cintura que se asemeja á un graduador de carrera; la uña sumamente engrosada viene á formar por consiguiente un contraste desagradable.

El dedo medio ha perdido su falanjeta, y en los repliegues de los colgajos de la piel que ha quedado, se nota la uña engrosada y en forma de lanza.

Los otros dedos se encuentran en su estado normal, solo sí que por lo aumentado que está el pié, pues forma un saco, parece que hubieran disminuido de grueso.

Pié izquierdo. — El dedo gordo engrosado considerablemente parece dividido del tarso por una cintura. En su cara interna y parte inferior se encuentra una úlcera que supura contínuamente, sin zona inflamatoria á su alrededor. Esta úlcera comunica con otra que existe en la planta del pié que tambien supura contínuamente.

Los dedos segundo, tercero y cuarto están sumamente disminuidos de volúmen, y las uñas han quedado reducidas á unos conos.

La piel de ambos piés tiene una coloracion oscura, presentando algunas escamas.

La sensibilidad táctil abolida dificulta la marcha.

La columna vertebral no acusa sufrimiento de ninguna clase.

La fisonomía de la enferma tiene un algo desagradable, el ojo izquierdo se encuentra con un leucoma que le priva por completo la vision. En el ojo derecho un lagrimeo, que la fastidia bastante.

DÉCIMA OBSERVACION

Manuel Rios, paraguayo, labrador, de 46 años de edad, de temperamento linfático-nervioso y de constitucion débil, ingresó á la Clínica Quirúrgica del Hospital General de Hombres el 23 de Junio de 1877, despues de haber permanecido algun tiempo en el servicio del Dr. Aguirre.

CONMEMORATIVOS (1).

Los padres de este enfermo ya no existen, habiendo sucumbido el uno de senectud y el otro repentinamente. Tiene varios hermanos y hermanas que gozan de una perfecta salud.

A la edad de 9 años, tuvo una afeccion que duró 14 dias y durante la cual le sobrevino vómitos frecuentes y cefalalgía.

Mas tarde, fué atacado por un *aire* que le paralizó el brazo derecho, con insensibilidad táctil y dolorosa y le produjo desviacion de la boca hácia el lado izquierdo de su cuerpo. Estos trastornos desaparecieron al corto tiempo con la asistencia de un curandero.

A los 12 ó 13 años tuvo dos bubones que supuraron, sobreviniéndole ocho dias despues un reumatismo articular generalizado.

Mas tarde contrajo una blenorragia tan intensa, que la orina salió teñida con sangre durante una semana.

El año 67 fué tomado prisionero en la guerra del Paraguay y trasportado á Buenos Aires, padeció en el trayecto una disentería tenáz que lo debilitó sobremanera.

Llegado á Buenos Aires, entró al servicio del Ferro-Carril del Oeste en calidad de peon. Ocupado en sus tareas habitua-

(1) Los conmemorativos del paciente han sido tomados y redactados por los aventajados estudiantes de 5º año, D. Félix Burgos y D. Miguel Murphy en el mes de Julio de 1877.

les fué sorprendido una tarde calorosa de verano por una fuerte lluvia, estando en traspiracion su cuerpo Por entónces le sobrevino un escalofrio y fiebre que le obligó á guardar cama. Poco tiempo despues se restableció completamente.

Vuelto de nuevo á su trabajo comenzó á sentir hormigueo en la punta de los piés y de las manos, que le duró un año, quedando segun la espresion del enfermo, los dedos de la mano sin fuerza é inútiles para el trabajo.

En esta situacion tuvo que abandonar su ocupacion y retirarse á fin de asistirse de su dolencia. Un dia en que calentaba agua con ápio cimarron para curarse, colocó accidentalmente la mano derecha sobre el fuego y cuando la retiró observó que se hallaba cubierta en su dorso por una ancha flictena. Este accidente fortuito hízole comprender que su mano estaba insensible.

El tratamiento con el cocimiento de ápio cimarron empleado por algun tiempo á una temperatura bastante elevada, logró hacer recobrar á sus dedos algun movimiento, lo que le permitió emprender nuevamente sus tareas habituales.

Poco tiempo despues le apareció espontáneamente en la yema del dedo índice de la mano derecha una flictena que reventó por sí sola, dando salida á un líquido claro y trasparente, pero dejando en su sitio una úlcera que no tardó en adquirir un color verdoso y un olor insoportable, producido por un pus sanioso, en el cual se encontraban de vez en cuando algunos pequeños fragmentos de hueso.

La úlcera ganaba terreno dia á dia, y la mayor parte del dedo iba desapareciendo.

Hallándose el enfermo escaso de recursos, se decidió á ingresar al hospital hacen tres años y medio, destinándosele entónces á la sala de sífilis. En esta continuó avanzando su enfermedad, con la aparicion de otra flictena en el dedo anular de la mano izquierda, en su cara dorsal y en el punto de union de la primera con la segunda falange. Esta flictena esperimentó las mismas modificaciones que la anterior y produjo idénticos resultados.

El tercer dedo acometido fué el meñique de la mano izquierda, apareciendo la flictena al nivel de la articulacion de la segunda con la tercera falange y en el pliegue palmar.

LEPRA ANESTÉSICA

Gafeira — Quigila



LÁMINA 6ª

rece ser producida por la estremidad libre de la falanje acortada. Los movimientos de abduccion y aduccion pueden hacerse todavia, porque aún queda un pequeño manojo de fibras musculares constituyendo la eminencia ténar. Igualmente puede producir el enfermo la flexion de la segunda falanje sobre la primera. Debajo de la uña se halla el vestigio de la antigua úlcera que dió paso al fragmento de hueso perteneciente á la estremidad libre de la segunda falanje.

En el dedo índice, no existe mas que la primera falanje; ella goza de lijeros movimientos de flexion. En su cara palmar se encuentra una eminencia formada por la retraccion de la piel; en medio de aquella se observa un tubérculo de forma cónica y consistencia córnea, que no es otra cosa que la uña deformada y engrosada. Esta eminencia tiene por arriba un pequeño surco de aspecto análogo á los pliegues que separan en la cara palmar las falanjes entre sí.

El dedo medio ha perdido su segunda falanje, que ha salido por una ulceracion, cuyo vestigio existe en la parte dorsal de la articulacion de la segunda con la tercera falanje. La retraccion de la piel que cubria la segunda falange, ha producido en el vértice de la primera una especie de muñon del tamaño de una pequeña nuez, unido por una porcion estrangulada á la porcion restante de la tercera falanje que sustenta una uña ancha y gruesa.

El dedo anular tiene su segunda y tercera falanje en flexion forzada sobre la primera. La articulacion metacarpo-falánjica goza de movimientos, y menos estensos los tiene tambien la articulacion de la segunda falanje sobre la primera. La segunda y tercera falanjes están anquilosadas entre sí y esta última ha sufrido una desviacion hácia afuera. La uña de este dedo está casi intacta.

El dedo meñique ha perdido su segunda falanje por una ulceracion situada en la parte interna de la articulacion de la segunda con la tercera falanje. La cicatrizacion que ha tenido lugar en dicho punto ha sido el oríjen de una desviacion pronunciada de la tercera falanje hácia adentro. La uña está casi intacta.

Mano izquierda. — La eminencia tenar, hipotenar y espacios intermetacarpianos están igualmente atrofiados.

El dedo pulgar tiene su segunda falanje en flexion sobre la primera; puede el enfermo verificar con ella un movimiento completo de flexion, como tambien uno muy limitado de estension. En la punta de este dedo hubo una ampolla que aunque no reventó, dejó en su lugar una cicatriz situada inmediatamente debajo de la uña, y que ha hecho encorvar fuertemente á esta hácia la cara palmar del dedo. La forma de la uña es casi normal.

El dedo índice tiene su segunda falanje en flexion sobre la primera, de tal manera que la segunda y tercera, estando en reposo la mano, forman una línea vertical á la primera falanje. La estremidad libre del dedo tiene un pequeño muñon formado por la retraccion de la piel, y debido á la desaparicion de la estremidad libre de la tercera falanje. Debajo de la uña se encuentra una cicatriz que ha hecho desviar á aquella hácia afuera.

El dedo medio no tiene sinó la primera falanje y en el vértice de esta un muñon de un centímetro de longitud formado por los tejidos que cubrian la segunda falanje. En el vértice de este muñon se halla una cicatriz linear resultante de la ulceracion que allí existió y que dió salida á la segunda falanje. Los movimientos de flexion se hacen con facilidad, no asi el de estension, que es muy limitado.

El dedo anular ha perdido la segunda falanje y una parte de la primera. En la parte media y cara interna del dedo se encuentra una cicatriz que forma una pequeña cavidad; esta cicatriz por intermedio de su tejido retráctil ha desviado el dedo hácia adentro. El movimiento de flexion puede hacerse, pero el de estension es muy limitado. La punta del dedo tiene una forma cónica; en la cara palmar se observan dos pliegues situados á un centímetro uno de otro, y distantes uno de estos un centímetro del surco dígito-metacarpiano; en la cara dorsal no se vé mas que un solo surco situado á $1\,^1/_2$ centímetro de la articulacion metacarpo-falánjica y con una direccion irregular.

El dedo meñique ha perdido su segunda falanje; la tercera está en flexion sobre la primera. En la parte interna del dedo hay una cicatriz que ha hecho sufrir á la tercera falanje un movimiento de torsion hácia adentro y al mismo tiempo producido una retraccion tal, que el borde interno de la uña intacta, viene á ponerse casi en contacto con la cara palmar de la primera

falanje. Examinando la cara palmar de este dedo se observan dos surcos que uniéndose hácia el borde interno se separan mas y mas dirijiéndose hácia afuera.

Despues de haber descrito con la claridad posible el estado de ambos manos, paso á referir el aspecto de la piel y su sensibilidad.

La piel de la palma de la mano es muy callosa, fenómeno que no ofrece particularidad, recordando las rudas labores á que ha estado entregado el enfermo durante su vida. La piel del dorso poco espesa, de un color amarillento oscuro y muy flácida, no posee sinó muy débiles adherencias con los tejidos vecinos.

La sensibilidad táctil está disminuida desde la parte superior del antebrazo hácia abajo; este adormecimiento de la sensibilidad llega á su máximum en ambas manos.

La sensibilidad dolorosa nula en las manos, está pervertida en el antebrazo, pues el paciente acusa una sensacion táctil al pellizcarle ó pinchársele con un alfiler.

La sensibilidad térmica abolida completamente en la mano y antebrazo.

La sensibilidad eléctrica está muy disminuida. Haciendo pasar la corriente por los músculos de antebrazo no se observan sinó muy lijeras contracciones. Estas se hacen bastante perceptibles aplicando uno de los electrodos en la parte superior de la médula, esto es, en el punto de emanacion de los filetes nerviosos que constituyen el plexo braquial. La contractilidad eléctrica persiste con mas intensidad en el brazo derecho que en el izquierdo.

Pié derecho. — El dedo gordo está reemplazado por un grueso muñon formado por la piel, en cuya cara superior está aquella retraida y un surco profundo en que se halla una uña de forma cónica y sobremanera espesada. Todas las falanjes han desaparecido y el muñon restante constituido por los tejidos blandos del dedo está desviado hácia adentro.

El segundo dedo posee un muñon achatado y cubierto por una piel escamosa en cierta estension, que revela haber sido el sitio de una úlcera de existencia no muy remota. Este dedo ha perdido tambien sus falanjes.

El tercer dedo tiene su segunda y tercera falanjes en flexion

forzada sobre la primera. La tercera está desviada hácia adentro.

El cuarto dedo y el pequeño no han perdido ninguna falanje. La uña del primero de estos está sumamente gruesa y deformada. La piel que cubre á ambos dedos, es rugosa, desigual y cubierta por pequeñas escamas.

Pié izquierdo. — El dedo gordo engrosado ha perdido su segunda y tercera falanjes. En su cara interna y parte de su cara superior se observa una úlcera de dos centímetros próximamente de diámetro, de bordes irregulares, de color rosado pálido y sin zona inflamatoria á su alrededor. En la parte media de esta úlcera hay una cavidad profunda de forma linear, de donde fluye un pus verdoso muy fétido. Esta úlcera comunica por su fondo con una abertura linear situada en la parte media y esterna del dedo, por donde sale igualmente pus.

Los dedos segundo, tercero y cuarto están normales y solamente tienen las uñas engrosadas.

El dedo pequeño colocado en una estension forzada, tiene una direccion vertical al eje del pié y no goza de movimiento alguno. En su cara plantar y parte de sus caras interna y externa ofrece una ulceracion superficial, de aspecto análogo al del dedo gordo. La base de este dedo está algo estrangulada y este fenómeno parece ser dependiente del trabajo ulcerativo que allí tiene lugar.

La piel de ambos piés con una coloracion algo oscura está cubierta en su dorso por pequeñas escamas y ambas piernas son el sitio de una especie de pitiriasis.

La sensibilidad táctil bastante abolida, dificulta la marcha del enfermo, cuya vista recuerda en ese momento, por la vacilacion con que se ejecuta aquella, á los individuos atacados en su principio por la ataxia locomotriz.

La sensibilidad térmica ha desaparecido por completo y la dolorosa solo persiste en la parte posterior de la articulacion tibio-tarsiana, mas en el lado derecho que en el izquierdo.

La sensibilidad eléctrica esta disminuida en los piés y piernas, mucho mas que en las manos y antebrazos.

El exámen de la columna vertebral no acusa sufrimiento alguno y el paso por ella de una esponja caliente no revela punto alguno con sensibilidad anormal.

La fisonomía del enfermo tiene algo de particular. Su ojo izquierdo un poco atrofiado por una antigua úlcera neuro-paralítica de la córnea deja ver un lagoftalmos por parálisis. En el ojo derecho existe un leucoma que no ha abolido por completo la vision. Hay tambien un lagrimeo contínuo que incomoda sobre manera al paciente.

Los músculos de la cara están atacados como igualmente los de las manos por débiles contracciones : verdadero temblor muscular.

UNDÉCIMA OBSERVACION (1)

Rosa Rojas, correntina, china, próximamente de 35 años de edad, antes niñera y actualmente entregada á la mendicidad, es de temperamento linfático-nervioso y de constitucion regular. La examiné en la ciudad de Corrientes, el 2 de Enero de 1878.

El padre y dos hermanos fueron militares; ignora la causa de su muerte. La madre murió del cólera el año 1867. Tiene tres hermanas que gozan de buena salud.

Respecto á sí misma refiere no haber padecido ninguna afeccion anterior á la actual. Ha tenido siempre una menstruacion regular. Tiene un hijo de 5 años perfectamente sano.

La enfermedad de que adolece ha comenzado hace 12 años por un hormigueo en los piés y dolores intensos que le hacian difícil la marcha. Mas tarde aparecieron ampollas en los dedos, que reemplazadas por úlceras, trajeron á la larga la pérdida de algunos de aquellos. La dolencia comenzó en las manos cinco años despues de haberse declarado en los piés.

En las manos se manifestó el padecimiento por hormigueo, hiperestesia cútanea, insensibilidad, ampollas, úlceras, pérdida de falanjes, etc., etc.

ESTADO ACTUAL

Mano derecha. — Las eminencias tenar, hipotenar y los espacios intermetacarpianos están atrofiados.

No conserva esta mano mas que el dedo pulgar, cuya forma llama la atencion por el engrosamiento notable que ofrece en su parte media y la forma cónica de su estremidad. La segunda falanje está mantenida en una flexion permanente sobre la primera, goza de muy poco movimiento y ofrece numerosas cicatrices de antiguas úlceras.

El resto de la mano tiene el aspecto de aquella en que se ha practicado la desarticulacion metacarpo-falánjica, aunque los

(1) Esta enferma y las de las observaciones décimatercia y décimaquinta me fueron presentadas por mi apreciable tia Dª Delfina F. de Molina.

La sensibilidad táctil está aumentada en los piés, lo que hace dolorosa la marcha. La enferma, que no usa calzado, se envuelve los piés con numerosos trapos para hacer mas suave el contacto con el suelo. La sensibilidad táctil está muy embotada en las piernas, en una estension comprendida entre los tobillos y la parte media.

Las sensibilidades dolorosa y térmica han sufrido idéntica modificacion que la táctil, esto es, en una misma estension.

DUODÉCIMA OBSERVACION

Petrona Barrios, paraguaya, negra, próximamente de 50 años de edad, ocupada antes en trabajos rurales, de constitucion fuerte y temperamento sanguíneo, reside en la calle de Loreto (barrio de San Francisco) en la Asuncion del Paraguay.

La examiné el dia 9 de Enero de 1878. El padre ha muerto de una afeccion al hígado y la madre de una puntada de costado. Tiene tres hermanas y un hermano, que gozan de buena salud.

No ha tenido hijos y su menstruacion ha sido siempre muy regular. No ha sufrido jamás la mas mínima indisposicion, á tal punto, que ignora lo que es un dolor de cabeza.

La afeccion actual ha comenzado hacen como siete años por un hormigueo en las manos, hiperestesia cutánea, ampollas, úlceras, etc., y todo el cortejo de síntomas propios del padecimiento.

Algunos datos conmemorativos no nos ha sido posible obtener porque esta mujer rústica por demás, no respondia de una manera satisfactoria á ciertas preguntas de nuestro intérprete.

ESTADO ACTUAL

Mano derecha. —Las eminencias tenar, hipotenar y los espacios intermetacarpianos están atrofiados.

El dedo pulgar posee sus dos falanjes. La segunda está sumamente engrosada, de manera que su estremidad dá al dedo un aspecto particular. En su cara dorsal ofrece una mancha blanquizca debida á la desaparicion del pigmento cutáneo.

El dedo índice no tiene mas que su primera falanje. En su estremidad se observan dos cicatrices circulares y callosas de las cuales una que parece corresponder al punto de separacion de la primera y segunda falanjes está situada en la parte pal-

mar del dedo, mientras que la otra cicatriz se encuentra en la porcion dorsal.

El dedo mediano no tiene mas que su primera falanje y en su estremidad y correspondiendo á la parte palmar se halla un muñon redondeado, formado de tejidos blandos y sustentando un vestijio de uña.

El dedo anular ha perdido su segunda falanje y la tercera está colocada verticalmente sobre el eje de la primera. En su parte interna se halla una cicatriz callosa que es muy probablemente el punto por donde se hizo la eliminacion de la falanje que falta.

El dedo meñique no conserva mas que una porcion de la primera falanje, que habiendo perdido su porcion articular deja percibir al través de los tejidos una eminencia aguda.

Las sensibilidades táctil, dolorosa y térmica han desaparecido por completo en la mano y antebrazo.

Mano izquierda. —El dedo pulgar no tiene sinó su primera falanje y los tejidos que la rodean se encuentran cubiertos por cicatrices muy callosas.

El dedo índice ha perdido su tercera falanje y la segunda fuertemente engrosada demuestra ser el sitio del trabajo mórbido que ha de terminar por su eliminacion. Este engrosamiento dá al dedo un aspecto repugnante tanto mas que se encuentra cubierto por manchas blanquizcas y una úlcera que ha dejado á descubierto las capas profundas del dérmis.

El dedo mediano tiene todas sus falanjes, pero en flexion forzada las unas sobre las otras, de manera que su estremidad casi toca la palma de la mano. La enferma no puede ejecutar con este dedo mas que un lijero movimiento de flexion que acerca la estremidad del dedo á la palma de la mano.

El dedo anular no tiene sinó su primera falanje y en la estremidad de esta un pequeño muñon. En su porcion dorsal existe una exhuberancia carnosa de aspecto particular y rodeada por una piel desprovista de pigmento. La enferma no suministra ningun conmemorativo sobre el desarrollo de esta produccion mórbida.

El dedo meñique ha perdido su segunda falanje y una porcion de la primera. La parte restante de esta última forma un ángulo con la tercera falanje.

Las modalidades de la sensibilidad han sufrido exactamente las mismas modificaciones que en el miembro superior opuesto.

Pié derecho. —Ha perdido completamente el dedo gordo, de cuyo sitio de implantacion no queda sinó lijeros vestijios. En la parte interna del borde del pié y correspondiendo á la cabeza del primer metatarsiano se halla una úlcera callosa de regulares dimensiones.

El segundo dedo está reemplazado por un pequeño tubérculo redondeado, mas pequeño que una avellana y formado por tejidos blandos.

El tercer dedo ha perdido su segunda falanje y la primera está fuertemente desviada hácia adentro del eje mediano.

De los dedos cuarto y pequeño no han quedado mas que las primeras falanjes.

Las sensibilidades térmica, táctil y dolorosa no son perceptibles en el pié y pierna.

Pié izquierdo. — Tiene intacto el dedo gordo y los demás dedos no conservan mas que la primera falanje; algunos de ellos están cubiertos por pequeños muñones.

Las diferentes sensibilidades están embotadas y mientras que han desaparecido por completo en el pié y pierna derechos, en este lado se hacen ya manifiestas al nivel de la parte media de la pierna.

Ambos piés están cubiertos por una descamacion epidérmica, que añadida á la profunda deformacion y á la coloracion negra de la piel les dá un aspecto desagradable y repugnante.

DÉCIMATERCIA OBSERVACION

Petrona Diaz, correntina, viuda, próximamente de 55 años de edad, blanca, ocupada antes en trabajos domésticos, de constitucion débil y temperamento linfático, reside en la calle Catamarca (barrio de La Rosada) en la ciudad de Corrientes.

La examiné el 14 de Enero de 1878. El padre murió de *tristeza* y la madre de una apoplejía cerebral. Ignora si algun miembro de su familia haya padecido la elefantiasis de los Griegos.

Tiene solamente una hija sana con cuatro hijos. La enferma no ha sufrido ningun padecimiento y el actual ha comenzado tres años atrás. Refiere que en esa época una vecina la demandó ante el Juez y que habiendo comparecido ante este, la insultó aquella de una manera soez y descomedida. La perturbacion que sufrió su espíritu fué tal que al retirarse á su domicilio comenzó á sentir un hormigueo general, mas acentuado en las manos y los piés. Al siguiente dia le atacaron en las rodillas dolores intensos de carácter reumático que le dificultaban la marcha; poco despues sentia los mismos fenómenos en los codos.

Hace un año una curandera le prescribió un baño de manos y piés en una mezcla de agua caliente, hojas de naranja agria, ceniza y mostaza; colocada en seguida en la cama tuvo una abundante traspiracion. Al despertarse al dia siguiente observó que los dedos de ambas manos con excepcion de los pulgares se hallaban en flexion forzada y que era imposible enderezarlos. Desde entonces han permanecido en este estado.

El ectropion que existe en el ojo derecho se ha producido poco tiempo despues de haber aparecido la contractura de los dedos.

ESTADO ACTUAL

Mano derecha.—La atrofia de los tejidos blandos ha comenzado ya á producirse.

El dedo pulgar no ofrece mas particularidad que un engrosamiento de la uña, fenómeno que se hace sensible igualmente en algunos otros dedos y que es peculiar de la dolencia en su principio. Los movimientos de abduccion y aduccion de este dedo son fisiológicos.

La segunda y tercera falanjes del dedo índice forman un tallo inflexible perpendicular al eje de la primera. La paciente ejecuta con este tallo un lijero movimiento de estension y otro mas limitado de flexion, de manera que la estremidad del dedo no alcanza á ponerse en contacto con la palma de la mano.

Los dedos mediano y anular tienen sus falanjes en flexion las unas sobre las otras, de modo que estando el miembro en reposo, las estremidades de los dedos están separadas de la palma de la mano por un espacio de algunos milímetros. La contractura de estos dedos ha determinado en ellos una desviacion de sus estremidades hácia el eje de la mano, á punto que existe un espacio triangular entre las primeras falanjes de los dedos índice y mediano. Igual separacion existe entre los dedos anular y meñique. Este último tiene sus falanjes en flexion forzada y su estremidad dirijida hácia el centro de la mano.

Las modalidades de la sensibilidad han comenzado á perturbarse en la mano y la mitad del antebrazo. La enferma acusa es cierto las sensaciones táctil, dolorosa y térmica pero su intensidad es menor que en el estado normal.

Mano izquierda.—El estado de esta mano es muy análogo al de su congénere. Los dedos con escepcion del pulgar tienen sus estremidades muy cercanas á la palma de la mano.

El dedo meñique contracturado forma con el borde interno de la mano un ángulo obtuso, de modo que está bastante separado del anular. Su estremidad se dirije hácia el centro de la mano.

Los dedos anular y meñique ofrecen, al rededor de sus respectivas uñas una coloracion rojiza, distinguiéndose en esta

zona y á la simple vista una vascularizacion capilar. El exámen de estos dos dedos nos hace creer que se está pasando en ellos un trabajo mórbido insidioso que no se revela por dolor alguno. Es posible y casi probable que en esta parte vascularizada de la piel se produzca mas tarde alguna ampolla que á su vez sea reemplazada por una úlcera.

El borde interno de esta mano ofrece tambien un color rojizo.

Las sensibilidades se encuentran en el mismo estado que en el lado opuesto.

En ninguna mano existen las callosidades propias de la afeccion y que se manifiestan cuando esta ha llegado á un período mas avanzado.

Despierta la atencion en esta enferma el hecho de no haberse producido al principio de su dolencia la hiperestesia cutánea sinó en los piés.

Piés.—No han perdido ningun dedo ó falanje y ni existe tampoco contractura.

Las uñas están muy engrosadas y la coloracion rojiza y vascularizacion á que hacia referencia en la mano izquierda, es mas perceptible aun en varios de los dedos de los piés, que presentan lijeros engrosamientos en algunas de sus falanjes.

La sensibilidad táctil está muy embotada. Segun espresion de la enferma, cuando verifica la marcha le parece caminar sobre lana ó algodon y es atacada por dolores en los tobillos.

Las sensibilidades térmica y dolorosa no han sufrido tanta disminucion como la sensibilidad táctil.

En el ojo derecho existe un ectropion paralítico y en ambos se produce un abundante lagrimeo. La vision no ha sufrido ninguna perturbacion y las funciones orgánicas se encuentran en estado fisiológico.

DÉCIMACUARTA OBSERVACION (1)

Justa Alegre, correntina, casada, china, próximamente de 40 años de edad, entregada á trabajos domésticos, de constitucion regular y temperamento linfático-nervioso, reside en un parage denominado el Riachuelo, distante dos leguas y media de Corrientes.

La examiné con el Dr. Amarilla el 15 de Enero de 1878. El padre ha muerto de *cólico* y la madre de una disentería. Ignora la causa de muerte de sus dos hermanas. En sus ascendientes y colaterales ninguno ha padecido la elefantiasis de los Griegos.

Nació en la ciudad de Corrientes y hace largo tiempo que reside en el Riachuelo.

Tiene varios hijos. No ha sufrido ninguna clase de padecimiento. El actual ha comenzado despues de un parto hace ocho años. Se hallaba en cama en estado de puerperio cuando tuvo lugar una pelea en la vecindad. La curiosidad la impulsó á levantarse y salió fuera de su habitacion á pesar del tiempo lluvioso que hacia.

A la tarde de ese mismo dia sintió un hormigueo en las manos y piés. Despues sobrevino una hiperestesia cutánea, ampollas numerosas y pequeñas que perforadas por la misma enferma daban salida á un líquido trasparente.

ESTADO ACTUAL

Mano derecha.—Entre los metacarpiános y en el dorso existen profundas depresiones debidas á la atrofia de los músculos de esa region.

(1) El conocimiento de este caso lo debo á la amabilidad de mi estimado amigo el Dr. D. José Amarilla, quien tuvo la cortesía de acompañarme en el exámen de la enferma.

Las eminencias tenar é hipotenar están tambien atrofiadas y la articulacion trapecio-metacarpiana muy perceptible.

El dedo pulgar ha sufrido una deformidad por el engrosamiento de la articulacion de la primera con la segunda falanje. En su estremidad y en la porcion palmar se halla una cicatriz callosa que ocupa el lugar de una ampolla anterior. Este dedo goza de sus movimientos fisiológicos.

El dedo índice tiene sus falanjes en lijera flexion las unas sobre las otras. La piel que lo cubre es muy callosa y en su parte dorsal se encuentran manchas blanquizcas de forma irregular, producidas por la despigmentacion cutánea. Este dedo posee estensos movimientos de flexion.

El dedo mediano tiene una disposicion análoga á la del dedo anterior. Su estremidad presenta un engrosamiento pronunciado. La uña está muy deformada.

En el pliegue palmar de separacion de la primera con la segunda falanje se encuentra una úlcera linear de bordes callosos y de color rosado pálido, cuya cicatrizacion ha de traer forzosamente la flexion pronunciada de la segunda falanje.

El dedo anular ha perdido su tercera falanje y la segunda está en lijera flexion sobre la primera.

La estremidad de este dedo que sustenta una uña cónica, afecta la forma de una aceituna. Su porcion dorsal es el sitio de manchas blanquizcas.

El dedo meñique ha perdido su segunda falanje y no conserva sinó una porcion de la tercera. No queda casi vestijio de uña y los tejidos blandos que cubren la porcion restante de la primera falanje afectan una forma cónica.

Las sensibilidades táctil, dolorosa y térmica han desaparecido por completo en la mano, antebrazo y mitad inferior del brazo.

La piel del antebrazo ofrece manchas de un blanco sucio, donde segun la enferma han existido ampollas idénticas á las que aparecieron en las manos. Esta particularidad es digna de fijar la atencion.

Mano izquierda. — La atrofia de las eminencias tenar é hipotenar es mucho mas pronunciada que en el lado derecho.

El dedo pulgar ofrece en su parte palmar numerosas cicatrices callosas, producidas por ampollas recientes y rodeadas por un epidermis grueso separado de la capa dérmica. En su parte

dorsal y al nivel de la articulacion de la primera con la segunda falanje existe una úlcera de un centímetro de diámetro, de color blanco pálido y cubierta por una lijera exudacion plástica.

La piel de este dedo tiene algunas manchas blanquizcas. Al nivel de la articulacion trapecio-metacarpiana y en la parte dorsal existe una cicatriz callosa muy gruesa.

El dedo índice ofrece la particularidad de ir adelgazándose hácia su estremidad. Cuando está en reposo la mano se halla en estado de rigidez y describe una curva de concavidad palmar; hay en él numerosas cicatrices y manchas blanquizcas.

El dedo mediano tiene la misma longitud que el índice, por haber perdido su tercera falanje. La direccion de este dedo es casi fisiológica y los movimientos que ejecuta, como tambien el anterior, se acercan tanto al estado normal, que la enferma desempeña sus quehaceres con el auxilio de estos dedos. Este fenómeno no lo hemos observado en ninguna de las demás enfermas.

El dedo anular ha perdido su segunda falanje y la porcion articular de la tercera. Estos huesos que faltan se han eliminado probablemente por una cicatriz callosa de forma semicircular que rodea la matriz de la uña deformada. El engrosamiento de este dedo es mayor que el de los demás.

El dedo meñique tiene sus falanjes en flexion forzada, de modo que la estremidad del dedo dista un centímetro de la palma de las manos. Su estremidad está dirijida hácia el eje mediano. Las sensibilidades se hallan en el mismo estado que en el lado opuesto. El antebrazo ofrece igualmente manchas blancas diseminadas.

Pié derecho. — El dedo gordo está muy deformado, y su estremidad se halla dirigida hácia adentro por la existencia de una cicatriz en su borde inferior.

El segundo dedo va engrosándose gradualmente hácia su estremidad.

El tercer dedo ha perdido su segunda falanje y su uña ha desaparecido por completo.

El cuarto dedo está inmovilizado por una estension completa. El tercer dedo dirigido hácia afuera y el pequeño dirigido hácia adentro forman una especie de depresion donde se aloja el cuarto.

Entre los dedos gordo, segundo y tercero existen grandes espacios triangulares de separacion.

El dedo pequeño está intacto y únicamente desviado hácia adentro.

El dorso del pié y la parte inferior de la pierna ofrecen manchas blancas. En la planta y detrás de la articulacion del segundo dedo se encuentra una úlcera profunda de dos centímetros de diámetro.

Las sensibilidades táctil, dolorosa y térmica han desaparecido por completo en los piés y comienzan á manifestarse al nivel de la porcion inferior de la pierna.

Pié izquierdo. — El dedo gordo no conserva sinó la porcion libre de la primera falanje, que se ha deprimido y puesto en contacto con la cabeza del metatarsiano correspondiente, que se percibe con facilidad al través de los tejidos blandos. La longitud de este dedo es muy reducida.

El segundo dedo describe una curva de concavidad superior, y su estremidad engrosada está desviada hácia adentro.

Los demás dedos están en estado normal y la planta presenta una úlcera característica atrás de la articulacion metatarso-falánjica del cuarto dedo.

La paciente se queja de un lagrimeo constante. Los párpados gozan de movimientos perezosos que dan á la fisonomía un aspecto particular propio de la afeccion. Este estado de paresia palpebral ha de terminar mas adelante por la produccion de un ectropion.

DÉCIMAQUINTA OBSERVACION

Marta Meza, correntina, de 35 años de edad, cocinera, china, de constitucion fuerte y temperamento sanguíneo, reside en la ciudad de Corrientes, donde ha nacido.

La examiné el 18 de Enero de 1878. Ignora la causa de la muerte de los padres. Tiene una hermana sana y cuatro hijos. No ha padecido jamás ninguna dolencia.

Desde hacia ocho meses era molestada al despertar por la mañana por un fuerte hormigueo en las manos y piés. Este fenómeno duraba poco tiempo y desaparecia durante el dia. Hace próximamente un mes cometió un desarreglo en ponerse á lavar despues de haber planchado y cocinado. El hormigueo se hizo entónces permanente, apareciendo dolores intensos en el tobillo izquierdo y parte media del dorso de la mano derecha. Este último dolor la despierta actualmente y en algunas ocasiones dos ó tres veces en la noche.

La sensibilidad táctil es casi nula en la mano derecha y es normal en la izquierda. Se queja de la torpeza de la primera, á tal punto que los objetos que toma con ella se le caen al suelo con frecuencia.

Por la mañana suele amanecer con los dedos de la mano derecha algo encogidos en el sentido de la flexion, fenómeno que desaparece gradualmente al poco tiempo.

Las sensibilidades dolorosa y térmica son nulas en la mano derecha y normales en la izquierda. La temperatura táctil ofrece una diferencia notable: está muy disminuida en la mano derecha.

En la mano derecha, la piel que cubre la matriz de la uña deja observar un color rojo lijeramente violáceo como si en esa region la circulacion no se hiciera de una manera perfecta. Por otra parte, el color de la mano derecha en su porcion palmar es mas pálido que en la izquierda.

Los dedos del pié izquierdo están algo engrosados. Las sensibilidades están mas apagadas en este pié que en el lado opuesto.

Refiere la enferma que cuando permanece mucho tiempo en la estacion vertical se le hincha el pié derecho y que se dá menos cuenta del suelo con el pié izquierdo que con el derecho.

Las uñas no han sufrido ninguna alteracion y la atrofia de los tejidos no es aun perceptible.

El diagnóstico que he formulado en este caso es, una lepra anestésica en su principio. Los agentes terapéuticos adecuados tales, como la electricidad, los baños frios, el arsénico, etc., podrán producir algunos resultados en esta paciente. Es fundándome en esto, que le he aconsejado se traslade á Buenos Aires para asistirla prolijamente.

DÉCIMASESTA OBSERVACION (1)

Andrés Reinoso, tiene padres y hermanos que gozan de una salud perfecta. Es de un temperamento bilioso, de una fuerte constitucion; poco afecto á las bebidas alcohólicas, trabajador y jugador; cumple en la fecha 43 años. Es casado pero nunca tuvo hijos; jamás experimentó otra enfermedad que la que tiene.

Es arjentino, de la provincia de Buenos Aires; fué veterano y servia en la provincia de Santa-Fé cuando su terrible enfermedad lo acometió del modo siguiente:

En el mes de Enero de 1857 se hallaba en el Rosario mientras hacia un dia de calor insoportable; sudaba abundantemente cuando tuvo la idea de bañarse en agua fria.

Salió del baño despues de dos horas con un fuerte *chucho,* y le fué preciso guardar cama. Al dia siguiente amaneció con una anasarca general, y las piernas y las manos adormecidas, sin fuerza, insensibles.

Permaneció durante un año imposibilitado para trabajar y sin desaparecer completamente la anasarca; durante ese tiempo y algo despues contempló con asombro la mutilacion sucesiva de sus falanjes. El proceso mórbido se desarrollaba y se terminaba, tal como lo describe minuciosamente el Sr. E. Coni en su interesante monografía sobre la materia, esto es, hormigueo, insensibilidad, ampollas, ulceraciones, nécrosis, amputacion espontánea, cicatrizacion, contractura, atrofia, etc.

Las manos y los piés se hallaban siempre juntamente invadidos por flictenas, que daban salida á una serosidad clara y dejaban una ulceracion que supuraba.

Desde 17 ó 18 años mas ó menos, dice, su enfermedad no adelanta; no ha visto mas flictenas, ni huesos necrosados desprenderse de sus manos ni de sus piés. Los muñones de las

(1) Esta historia me la ha remitido mi distinguido amigo el Dr. Franceschi, médico residente en el pueblo 25 de Mayo (Buenos Aires).

falanjes que le quedan, los cuales durante algunos años permanecieron insensibles y flacos, se hallan hoy dotados de sensibilidad táctil, dolorosa, térmica y eléctrica y con atrofia en menor grado.

En efecto, recuerdo haber examinado este individuo en 1871 en el Fuerte General Paz y le noté en las manos un aspecto liso, como si tuviera guantes de cabritilla. Hoy las falanjes que le quedan se parecen á muñones de amputaciones metódicas. En algunos dedos se percibe la uña atrofiada en el fondo de una cicatriz de aspecto umbilical.

En las dos manos las deformaciones son simétricas: el índice, el medio, el anular, el meñique, han perdido la primera y la segunda falanje. La tercera falanje de todos los dedos está contracturada y forma ángulo agudo con los metacarpianos (parte palmar).

Los dos pulgares están contracturados pero tienen todas sus falanjes.

La uña del pulgar izquierdo se halla atrofiada y es semejante á la de un gallo. Las articulaciones metacarpo-falangianas no funcionan, y las radio-carpianas conservan sus movimientos aunque con menos actividad que en el estado normal.

La piel de la parte palmar y dorsal de ambas manos es muy callosa y me hizo pensar en hipertrofias papilares, varices linfáticas ó trombus venosos; pero el enfermo dice que son debidas al uso de sustituir los dedos por esas partes callosas en sus ocupaciones.

Las mismas deformaciones que presentan las manos se notan en los piés, y todo eso no le impide de caminar regularmente con un calzado apropiado. La sensibilidad en los piés como en las manos está disminuida pero existe en cierto grado. Segun la espresion del individuo dice que siente los piés y las manos *medio adormecidos*.

Hará un año se le formó una ampolla sobre el pabellon de la oreja derecha seguida de una ulceracion que invadió la totalidad del pabellon auricular. Un médico le curó como si se tratase de una picadura de araña, quedándole el pabellon de la oreja atrofiado y doblado en su mitad. No hay duda que el cartílago correspondiente á la mitad superior ha desaparecido necrosado durante el período de supuracion de la flictena.

Actualmente este individuo, salvo las deformaciones mencionadas se halla completamente sano ; y si desde el principio de su enfermedad ha experimentado una ó dos veces por año un ataque que suele tener, esto dura pocos dias y sana fácilmente. Durante uno de estos ataques me llamó hará cuatro años, para asistirlo. Lo hallé con una dísnea excesiva, pulso casi imperceptible, piel pálida, violácea, frialdad periférica, congestion pulmonar. La invasion brusca de estos síntomas me hizo diagnosticar una embolia pulmonar, mientras los signos físicos de otras lesiones eran negativos.

Lo hize poner durante una hora en un baño de mostaza y todo desapareció felizmente con algunas bebidas tónicas.

Aparte de estos ataques efímeros, el hombre dice gozar de buena salud, y que gracias á unos baños salados que le aconsejó un médico del Rosario, *su mal de San Lázaro* (sic) ha sanado.

Refiere haber tomado estos baños en un riachuelo de agua muy salada en la provincia de Santa-Fé, que ni los animales la toman. Los continuó por mas de un año hasta hallarse apto para caminar y trabajar.

REFLEXIONES

Parece evidente que se trata en este caso de la *lepra anestésica*, *gafeira* ó *quijila* cuya etiología me parece mas clara de lo que piensan los varios autores que se han ocupado de ella (Desprès, Leroy de Méricourt etc.).

Los efectos de la impresion brusca del frio húmedo sobre el cuerpo en sudor, parece dominar su patogenia. Si esta afeccion se observa mas en paises cálidos es que se hallan mas reunidas las condiciones de mi proposicion, y nadie ignora que en ciertas circunstancias se saca escarcha de una sarten incandescente. El enfriamiento brusco de una parte ó de todo el cuerpo hace la circulacion mas lenta y de consiguiente las coagulaciones se forman sobre todo en los capilares periféricos ; de esto resulta una série de procesos mórbidos que tienen alguna analogía entre sí.

1° *Trombus capilares* (conjelacion, sabañones) producen las flictenas, á veces la anestesia, la ulceracion y la gangrena.

2º *Trombus arteriales,* producen la gangrena seca ;
3º *Trombus venosos* producen la gangrena húmeda ;
4º *Coagulacion de la miosina*, causa la rijidez cadavérica que poco se diferencia de la contractura en la afeccion que nos ocupa.
5º Coagulacion de la mielina (esclerosis de los nervios), esplica la anestesia en el territorio correspondiente á la lesion.

En cuanto á la atrofia muscular es consecutiva á la parálisis.

En resúmen, bajo la influencia de la misma causa (cambio brusco de temperatura) podemos observar aisladas las afecciones, gangrena seca, húmeda, sabañones, parálisis, tétano, esclerema, esclerosis, contracturas, ó bien el conjunto de todas estas lesiones y es lo que caracteriza la gafeira.

En cuanto á la disnea considerable, á largos intérvalos, las esplicamos por pequeñas embolias pulmonares desprendidas de las estremidades á medida que la enerjía vital vuelve á hacer funcionar esas partes, lo que podemos asimilar al fenómeno de la hibernacion que se observa en ciertos animales.

El pronóstico de la quigila ó gafeira es grave bajo el punto de vista de las deformaciones irremediables que deja, pero, como se vé en este caso, la curacion parece posible por lo menos en el mismo grado que la del raquitismo.

DÉCIMASÉTIMA OBSERVACION (1)

OBSERVACION DEL DR. DESPRÉS

Academia de Medicina de Paris

Sesion del 30 *de Noviembre de* 1875.

M. DESPRÉS presenta una enferma de 42 años de edad, atacada hace ocho años de una afeccion ulcerosa de la piel del antebrazo y de los dedos anular, auricular é índice de la mano izquierda. Estos tres dedos han sido sucesiva y progresivamente destruidos por una pequeña úlcera que ha comenzado sobre la estremidad del dedo y ha invadido en superficie y profundidad ; solamente las partes blandas y el hueso se esfacelan por partes en razon de la ulceracion de la piel. Existen sobre el brazo siete ú ocho úlceras de igual naturaleza, pero no hace mas que un año que los dedos están atacados. La enferma tiene antecedentes escrofulosos de los mas confirmados.

Sesion del 29 *Febrero de* 1876

M. HARDY lee un informe sobre una enferma presentada por M. Desprès como atacada de una afeccion escrofulosa.

Despues de haber descrito el estado de esta enferma, discutido el diagnóstico de M. Desprès, y hecho resaltar las analogias que esta afeccion ulcerosa ofrece con otras varias enfermedades, tales como la lepra, el lupus y la esclerodermia ; concluye en estos términos :

Termino insistiendo sobre el interés escepcional que presenta el hecho observado por M. Desprès y os pido, en nombre de la Comision, que su trabajo sea depositado honorablemente en los Archivos de la Academia (adoptado).

(1) Esta observacion la he traducido de *L'Union Médicale* de Paris.

Sesion del 14 *de Marzo de* 1876.

Tiene la palabra M. Devergie para presentar algunas observaciones sobre el informe leido por M. Hardy en la penúltima sesion y relativas á la enferma presentada por M. Desprès como atacada de un lupus escrofuloso.

Siente M. Devergie hallarse en desacuerdo con sus cólegas de la comision, MM. Hardy é Hillairet, sobre el diagnóstico de la afeccion de que se trata.

MM. Hardy é Hillairet, en efecto, despues de haber con justa razon, alejado la idea de la existencia de un lupus escrofuloso y de una esclerodermia, consideran la enferma de M. Desprès como atacada de gangrena simétrica, enfermedad perfectamente descrita por el Dr. Mauricio Raynaud.

Por el contrario, M. Devergie, opina que se trata de un caso de lepra tuberculosa y ulcerosa.

Las siguientes observaciones demuestran que no es una gangrena simétrica:

1º La gangrena simétrica ocupa ordinariamente dos miembros ó dos secciones análogas de dos miembros, ó dos partes correspondientes de la cara; en el caso de M. Desprès, el mal ocupa solamente el antebrazo y tres dedos de la mano.

2º La gangrena simétrica es una gangrena seca; en el caso de M. Desprès hay gangrena húmeda.

3º La gangrena simétrica no ataca jamás los huesos y no hace caer jamás las falanjes de los dedos del pié y de la mano; la enferma de M. Desprès ha perdido las falanjetas y falanjinas de varios dedos.

4º La invasion y marcha de la enfermedad son diferentes en ambos casos. La gangrena simétrica comienza por un período de frio, de embotamiento en las estremidades de los miembros, acompañado de dolores muy vivos en los miembros y en las regionés cervical y lumbar.

La enferma de M. Desprès, como lo asegura M. Devergie, no ha sentido jamás en época alguna de su enfermedad semejantes dolores; en ella la afeccion no ha comenzado por los dedos sinó por el codo, en que apareció primeramente un pequeño tumor, reemplazado en seguida por una ulceracion que se ha cicatrizado, en seguida por ulceraciones sucesivas del

antebrazo, de la mano y de los dedos de las cuales las primeras han cicatrizado, mientras que las de los dedos han persistido y han producido la caida de las falanjes.

Mientras que la gangrena simétrica recorre todos sus períodos en algunos meses ó en dos años, la enfermedad en el caso M. Desprès, dura desde seis ó siete años.

Sin duda, agrega M. Devergie, la lepra es una enfermedad muy rara en nuestros climas, pero se la observa algunas veces; he tenido la ocasion de ver varios ejemplos en algunos años. No es precisamente la lepra de los paises cálidos, pero es la misma enfermedad solamente atenuada en sus manifestaciones sintomáticas.

Por otra parte, como lo ha observado muy bien Alibert, ese pintor de las enfermedades de la piel, la lepra es una afeccion esencialmente proteiforme. En ciertos paises en que es endémica los médicos mas esperimentados permanecen algunas veces varios años antes de poder formular el diagnóstico del padecimiento, tal es la variedad de formas que afecta. Se ha establecido una multitud de especies distintas de lepra denominadas por el nombre del país en que toman nacimiento.

Así pues, en la imposibilidad de imputar el caso de M. Desprès á una afeccion cualquiera de la piel ó por lo ménos á una enfermedad que se observe comunmente; en la imposibilidad de relacionarlo igualmente á la gangrena simétrica, de la que difiere por los caractéres precedentemente indicados, á los cuales es necesario añadir la consideracion de la edad de la enferma (la gangrena simétrica no afecta mas que los niños) y los efectos del tratamiento (cauterizacion por medio de una solucion de cloruro de zinc, 1 por 8, que ha producido un cambio de los mas notables en las ulceraciones en via hoy de cicatrizacion); despues de todas estas consideraciones, se confirma M. Devergie mas y mas en la idea de que se trata de un caso de lepra.

Pero hay evidentemente aquí como en casi todas las afecciones cutáneas, detrás de la manifestacion local, un estado general diatésico desgraciadamente indeterminado, que hace dudosa la curacion definitiva de la enferma. Sea lo que fuere, opina Mr. Devergie que es por el tratamiento general, tramiento compuesto, cuya fórmula ha dado en su *Traité des maladies*

de la peau, que la enferma puede curar, si la dolencia es sucep-tible de curacion.

MM. Hardy é Hillairet se reservan contestar á M. Devergie en la próxima sesion.

Sesion del 23 *de Marzo de* 1876.

La órden del dia fija en seguida la discusion del informe de M. Hardy sobre la enferma de M. Després.

M. Hillairet se propone combatir la opinion de M. Devergie, que ve en el caso de la enferma de M. Després un ejemplo de lepra, no esa lepra vulgar, clásica, si así puede decirse, tal como la han descrito los autores antiguos y contemporáneos, pero sí un ejemplo de lepra particular, degenerada, modificada, observada en Francia por Alibert y M. Devergie. Trata de establecer M. Hillairet, que Alibert y M. Devergie han confundido con la lepra casos de dermatosis escamosas (soriasis generalizada), sifílides ó escrofulides úlcero-crustáceas, etc. La lepra no existe ya hoy en Francia segun M. Hillairet. Todos los casos descritos bajo el nombre de lepra en nuestro país, del mismo modo que los ejemplos de *Pian, de Frambœsia,* de *mal de Santa Eufemia,* de *Scherlievo* etc., que diversos observadores piensan haber hallado, no eran sinó distintas manifestaciones de la sífilis, como lo ha demostrado muy bien el Dr. Roblet (de Lion).

En todos los casos segun M. Hillairet, no hay analogía alguna que establecer entre los hechos observados por Alibert y por M. Devergie y descritos por ellos bajo el nombre de lepra, y la afeccion de que está atacada la enferma de M. Després. Esto está demostrado á la vez por la diferencia de los caractéres sintomáticos y sobre todo por los resultados de la terapéutica aplicada á esta enferma. Sin acudir al tratamiento general, sin el cual segun M. Devergie, no podria curar, ha bastado á M. Després tocar las úlceras con una solucion de cloruro de zinc para verlas marchar rapidamente hácia la cicatrizacion, si bien esta enferma estará ciertamente curada en menos de un mes.

M. Hardy opina tambien como M. Hillairet, que la enferma de M. Després no está atacada de lepra. Segun su parecer exis-

te una enorme diferencia entre la lepra y las manifestaciones patológicas presentadas por esta enferma. Sin duda, en ciertos casos de lepra observados en las Antillas, en las Indias etc., se ha verificado la gangrena de las estremidades, pero en ciertos casos, la gangrena no era mas que un accidente, una complicacion de la enfermedad que se manifestaba por otra parte, por otros fenómenos característicos.

En el caso de M. Desprès, la gangrena no es un accidente, pero si es el hecho principal, culminante y primordial de la enfermedad.

Ahora bien, si se investiga la causa de esta gàngrena se puede diferir en opinion á este respecto. Se puede invocar la lepra como causa de la gangrena de las estremidades, pues M. Hardy admite perfectamente la existencia dé la lepra en Francia, particularmente en los Alpes Marítimos donde existe aun cerca de Niza, en San Remo, una leprosería; pero en los casos de lepra, como ya lo ha afirmado, la gangrena de las estremidades está precedida ó acompañada de manifestaciones particulares características que no se encuentran en la enferma de M. Desprès.

M. Hardy llama la atencion sobre la coloracion violácea de los tegumentos que en esta mujer se observa al lado de las escaras de los dedos; estos dos fenómenos son debidos, segun él, á la parálisis de los nervios vaso-motores, causa de la afeccion descrita por M. Mauricio Raynaud bajo el nombre de gangrena simétrica de las estremidades. Comparando los síntomas presentados por la enferma de M. Desprès con la descripcion dada por M. Raynaud, es imposible no comprender la estremada analogía que existe entre estos síntomas y los caractéres de la gangrena de las estremidades. Es pues á esta última afeccion que es preciso, segun M. Hardy, imputar el caso de M. Desprès. Por otra parte, admite perfectamente M. Hardy, que existe analogía entre las manifestaciones de la lepra, de la esclerodermia y la gangrena simétrica. Las lesiones comunes á estas diversas afecciones deberian ser colocadas, segun él, bajo la descripcion de una misma alteracion del sistema nervioso que seria la causa de la parálisis de los nervios vaso-motores, llamados tambien nervios *tróficos*, porque presiden á la nutricion de los tejidos.

M. Devergie observa con satisfaccion que M. Hardy es menos

absoluto que M. Hillairet. No obstante, sus dos contradictores continúan admitiendo, que en el caso de M. Desprès la gangrena ha sido el hecho primordial. Si asi fuera en realidad, ¿cómo esplicar que la gangrena no se haya desarrollado mas que 8 ó 9 años despues del principio de los síntomas de la enfermedad, la cual segun el decir de la enferma, habria comenzado por tumor en el codo y se habria manifestado en seguida por ulceraciones estendidas sucesivamente de arriba abajo en el brazo, en la mano y en los dedos ?

M. Devergie espone nuevamente los caractéres que segun él diferencian esencialmente los síntomas ofrecidos por la enferma de M. Desprès, de los de la enfermedad descrita bajo el nombre de gangrena simétrica.

Insiste muy particularmente sobre las analogias que cree existen entre esos síntomas y los de la lepra modificada, segun las condiciones propias al clima de la Francia. Sucede con la lepra, segun él, lo mismo que con la pelagra, que ofrece tan grandes diferencias segun que se la observe en Paris ó en Lombardia. Las variedades de la lepra son estremamente numerosas y los médicos que ejercen en los paises en que es endémica, titubean algunas veces durante años antes de poder, en ciertos casos, sentar un diagnóstico preciso.

No admite M. Devergie la suposicion del todo gratuita, hecha por M. Hillairet, que habia podido confundir la lepra con la sífilis; rechaza igualmente la opinion emitida por M. Hillairet y segun la cual Alibert habria confundido la lepra con ciertas dermatosis escamosas, sifilíticas ó escrofulosas.

En resúmen, declara M. Devergie que, sin poder afirmar de una manera absoluta que se trata aquí de un caso de lepra, opina por los menos que los síntomas ofrecidos por la enferma de M. Desprès se acercan mucho mas de la lepra que de toda otra afeccion.

Por último, invoca en favor de esta opinion el testimonio de M. Leroy de Méricourt, que ha tenido á menudo en sus viajes, la ocasion de observar la lepra en los paises en que es endémica

DÉCIMAOCTAVA OBSERVACION (1)

Faraut, de 70 años de edad, nacido en Contes, ha ejercido las profesiones de postillon y de jardinero. El padre murió á los 82 años, la madre á los 85 años; ambos sucombieron á causa de un catarro brónquico.

Ha tenido dos hijos, un varon, casado, que goza de buena salud y una mujer muerta á los 5 $^1/_2$ años. En el pueblito donde ha nacido no conoce ejemplo alguno de lepra tuberculosa. Hace 12 años que supone que ha comenzado la enfermedad por dolores en los tobillos y rodillas. En seguida aparecieron y desaparecieron ulceraciones plantares y en los dedos; por una de esas úlceras le practicó un médico la ablacion del dedo gordo.

Hace ocho años se halla en el Hospicio de Incurables de Niza. Se sirve á penas de sus manos desde hace cuatro años y marcha muy dificilmente desde esta época. Está sugeto á dolores nocturnos y tres ó cuatro veces por año á crisis de fiebre, con dolores agudos é inflamacion de la piel en una de las estremidades. Tiene ectropion del párpado inferior derecho desde hace dos años.

ESTADO ACTUAL

Las manos ofrecen el aspecto de una paleta rígida: están dispuestas como en el acto de trepar, cuando se agarra uno de las asperezas de una muralla. Esta deformacion es debida á la atrofia de los músculos de la mano, á la desaparicion del tejido adiposo, de donde resulta el aplanamiento de la mano y su estrechamiento en el sentido trasversal. Además, las últimas falanjes están representadas por pequeños muñones carnosos, cubiertos de piel y desprovistos de hueso. Estos rudimentos, como tam-

(1) Esta observacion que juzgo muy importante la he traducido del *Progrès Médical* de Paris, nº 45, Noviembre 10 de 1877.

bien las segundas falanjes, están inclinadas hácia la palma de la mano y mantenidas así por bridas fibrosas profundas. Las primeras falanjes están en la estension permanente, pero pueden tambien por la voluntad del enfermo ponerse en flexion. Sobre las eminencias óseas se vé un buen número de puntos callosos ó ulcerados. Las uñas han desaparecido ó están deformadas. La mano no puede servir mas al enfermo, para ninguno de los usos diarios; para llevar el alimento á la boca desliza la cuchara entre dos de las primeras falanjes.

El antebrazo ha enflaquecido. La piel ofrece sus caractéres de flexibilidad habitual, pero está muy adelgazada y presenta en el antebrazo un tinte bronceado particular. La sensibilidad ha desaparecido absolutamente de la mano; hácia la muñeca la sensibilidad táctil reaparece; hácia el codo el enfermo comienza á percibir el dolor y es necesario ascender hácia el hombro para encontrar la sensacion de temperatura.

La electrizacion por las corrientes inducidas aplicada sobre los interóseos, palmares y dorsales, hace aun ejecutar algunos movimientos á la primera falanje.

Los piés parecen algo hinchados y las piernas aunque muy delgadas no dejan ver eminencias; esta hinchazon que oculta el enflaquecimiento es debida al espesamiento de la piel, cuyo grosor es triple ó cuádruple. Dá la sensacion de un tejido resistente, lardáceo; se desliza fácilmente sobre las partes profundas, es lisa y ofrece tintes amarillentos oscuros.

Los piés parecen acortados, sobre todo el izquierdo, cuyo dedo gordo está doblado sobre la cara plantar; los otros dedos son delgados, disminuidos en su longitud y por la palpacion se reconoce que una ó dos falanjes han sido eliminadas ó reabsorbidas.

Hácia la estremidad anterior del primero y quinto metacarpianos, se ven cicatrices callosas de antiguas úlceras; una de estas está abierta y conduce hasta el hueso, reblandecido por un trayecto directo.

La planta y el dorso de los piés están completamente insensibles, las piernas perciben una sensacion vaga de contacto, hácia la rodilla el dolor comienza á ser percibido, pero el enfermo no tiene la sensacion de temperatura sinó hácia la region glútea.

La marcha es muy penosa, refiriendo el enfermo que podria

caminar sobre carbones encendidos sin sentirlos. En el momento de las crisis la piel se enrojece, se cubre de flictenas : algunos dias ántes el enfermo siente ya dolores vivos y tiene acceso de fiebre vespertina, comenzando por un escalafrio y variando la temperatura entre 39° y 40°5. La crisis dura una ó varias semanas, teniendo lugar la manifestacion local en un brazo ó en las dos piernas; deja despues de sí una infiltracion mas estensa en las piernas.

El enfermo desempeña sus funciones regularmente y en los momentos de calma, es muy ágil para su edad.

DÉCIMANOVENA OBSERVACION (1)

Madame Cauvin, de 77 años de edad, su padre murió á los 80 años de un catarro brónquico, y la madre á los 78 años de reumatismo. Ha tenido ocho hijos, uno ha muerto de tisis pulmonar, otros dos han muerto uno á 15 meses y otro á los 18 meses. Es de notarse que la enferma ha nacido y habita el mismo pueblo de Cantes, de donde venia el enfermo de la observacion anterior.

Al principio no hubo nada de preciso, habiéndose apercibido la enferma desde varios años que tenia dolores nocturnos en los brazos y piernas y que sumerjiendo las manos en el agua, los dedos tomaban un tinte blanquizco y permanecian adormecidos por algun tiempo.

ESTADO ACTUAL

Todas las funciones fisiológicas ; las perturbaciones y lesiones estan localizadas en la cara y en las cuatro estremidades.

Cara.—A primera vista llama la atencion la existencia de dos ectropiones del párpado inferior. El párpado está del todo invertido, la mucosa está un poco hinchada y con un color rojo oscuro ; ninguna brida detiene al párpado invertido ; diríase que la piel es demasiado corta ó bien que las fibras del orbicular están paralizadas. Los rasgos de la fisonomía tienen una cierta fijeza, sin embargo, de que el enfermo ejecuta todos las gesticulaciones que se le exigen.

Tiene la sensibilidad adormecida en varios puntos, principalmente en la frente y hácia el orificio bucal. La piel posee sus caractéres normales, salvo en una cierta estension de la fren-

(1) Esta observacion interesante la he traducido del *Progrès Médical* de Paris, Nº 45, Noviembre 10 de 1877.

te en que es un poco espesa, sin rubicundez y sin tubérculos. La sensibilidad es obtusa sobre la frente, sobre el dorso de la nariz y sobre las mejillas.

Miembros superiores. —La mano está enflaquecida, aplanada, los metacarpianos hacen eminencia, los espacios interóseos están adelgazados, las regiones tenar é hipotenar están aplanadas, la capa grasosa de la palma de la mano ha desaparecido y los músculos de la mano están atrofiados. Los dedos están en flexion hácia la palma de la mano, en su articulacion de la 1ª con la 2ª falanje; la primera falanje está en la estension. Algunas de las últimas falanjes han sido reabsorbidas, otras están adelgazadas, el muñon carnoso persiste con la piel intacta y la uña rayada y deformada. Anestesia completa en las manos; á penas existe la sensibilidad táctil.

Los antebrazos y los brazos están normales, los músculos y la piel están intactos. La sensibilidad táctil existe en todas partes; la dolorosa reaparece hácia el muñon del hombro ; la sensibilidad térmica está tambien abolida al nivel de las fosas escapulares. El enfermo puede aun servirse de sus manos para llevar los alimentos á la boca, merced al movimiento de oposicion del pulgar que existe; pero no puede mas vestirse y está inútil para todo trabajo.

Miembros inferiores—Los piés y la parte inferior de los piernas parecen un poco hinchados; á este nivel la piel es normal, salvo un espesamiento uniforme producido por una infiltracion del dérmis.

Los dedos ofrecen úlceras en ciertos puntos ; las unas superficiales, las otras penetran hasta el hueso; algunas pequeñas falanjes faltan en varios puntos. Existe una anestesia completa de los piés; la enferma no siente el suelo en que camina; esto la molesta mucho, cuando se halla en la oscuridad, pero cerrando los ojos no vacila. Hay insensibilidad á la temperatura hasta la raiz de los miembros.

No hemos observado nada de anormal en la sensibilidad del lado de los ojos, de la lengua y de las fauces. La enferma se queja mucho de puntadas, dolores rápidos y lancinantes, sensaciones de quemadura. No ha tenido jamás crisis con fiebre y rubicundez de la piel.

VIGÉSIMA OBSERVACION (1)

José Bernardo Vignole, blanco, sardo, residente en Maricá, de 25 años de edad, soltero, zapatero, de temperamento linfático y constitucion débil, ocupa el lecho nº 10 de la sala de Clínica Médica en el Hospital de la Misericordia, á cargo del Exmo Sr. Consejero Dr. Valladao.

Conmemorativos. — Hace siete años, poco mas ó menos, que al levantarse de la cama por la mañana, observó el paciente, que hasta entonces gozaba de buena salud, los tendones de su mano izquierda retraidos, á tal punto de estar las segundas falanjes de los dedos en flexion casi completa sobre las primeras, y comenzó al mismo tiempo á sentir un lijero calambre de la parte media del antebrazo para abajo, acompañado de algun *hormigueo;* en los siguientes dias el adormecimiento de la sensibilidad habia aumentado, de tal manera que sentia muy poco de la muñeca para abajo, aun cuando lo pellizcasen; pocos meses despues observó que las carnes de su mano se iban secando.

Asi trascurrieron tres años, cuando comenzó á percibir que la sensibilidad de su mano derecha se hacia obtusa cada vez mas, á punto de ponerse insensible como la izquierda; la atrofia acompañaba la insensibilidad, asi como la retraccion de los flexores de los dedos, cuyas segundas falanjes se doblaban tambien sobre las primeras.

Es de notarse que los pulgares siempre escaparon á la flexion, pero no obstante perdieron el movimiento propio, por el cual se aproximan á los otros dedos.

Las uñas se conservaron sin deformacion; en los piés algo semejante tenia lugar, pero en menor grado; además una úlcera

(1) Esta observacion la trascribo de la siguiente monografia: *Ainhum.* Estudo sobre a molestia conhecida sob esta denominaçao por Domingos de Almeida Martins Costa.— Rio de Janeiro, 1875.

que le apareció en el dedo grande del pié izquierdo habiendo cicatrizado, vió el enfermo por varias veces en el lugar de la cicatriz, romperse la continuidad de la piel.

En los dedos de la mano una simple flictena de medio centímetro de diámetro, producida por una quemadura, tuvo la misma marcha para la curacion. Vignole niega accidentes sifilíticos de forma alguna. Refiere que su padre sufre de reumatismo, pero que no le consta que algunos de sus parientes hayan sufrido de alguna afeccion crónica de la piel ó de epilepsia.

En cuanto á enfermedades anteriores recuerda haber sido atacado varias veces por fiebres intermitentes ; respecto á afecciones eruptivas dice haber tenido el sarampion, pero no ha sufrido ni la viruela ni la escarlatina.

« *Estado actual.* —Vignole flaco y algo pálido, pero de una palidez comun á muchos individuos robustos, tiene una espresion inteligente en su fisonomía; su pecho regularmente bien conformado, está algo achatado anteriormente. Tiene en ambas manos las eminencias ténar é hipotenar atrofiadas, asi como tambien los espacios inter-metacarpianos ; ofrece igualmente todos los dedos, escepto los pulgares, en una flexion algo exagerada de las segundas falanjes sobre las primeras y para vencerla es necesario un poco de esfuerzo. La cara dorsal de uno de los dedos grandes tiene una úlcera pequeña (de menos de un centímetro de diámetro), circular, indolente, y sin aspecto flegmásico, debida á una quemadura que sufrió el paciente, cuando espuso su mano á los vapores de alquitran que le fueron prescritos.

Ambas manos están insensibles de las muñecas para abajo, tanto para los pellizcos y picaduras de alfiler, como tambien para el calor; no obstante el movimiento se ha conservado, pero el enfermo no puede aproximar los pulgares de la línea media. Los aparatos digestivos y circulatorio funcionan regularmente. Vignole duerme bien y con un sueño reparador. El exámen de la columna vertebral no revela sufrimiento alguno para la médula. La respiracion es regular. El pecho goza de una trasmision exagerada de los sonidos, á tal punto que debajo de la clavícula derecha los ruidos cardiacos son oidos con tanta intensidad y claridad como en la region precordial.

« *Diagnóstico.* — Trátase aquí de una parálisis crónica del sentimiento, acompañada de atrofia muscular ó bien trátase de una

lesion de nutricion caracterizada por una inercia de los tejidos, que está claramente denunciada por la demora que hay en la cicatrizacion de la quemadura del dedo y la úlcera del dedo grande del pié. Es una especie de elefantiasis anestésica de Robinson y que ha, entre nosotros, recibido el nombre de *quigila* ».

VIGÉSIMAPRIMERA OBSERVACION (1)

LEPRA MACULOSA

Alejandro C. . . . . .italiano, sastre, de 29 años de edad, de constitucion fuerte y de temperamento saguíneo, fué examinado por nosotros el dia 25 de Octubre de 1877, en su domicilio calle de la Defensa núm. 353.

Sus padres y hermanos han gozado siempre de buena salud y él no ha sufrido de ninguna afeccion digna de llamar la atencion.

La enfermedad actual ha comenzado hace próximamente año y medio, por un lijero hormigueo en los miembros superiores é inferiores, que llegó á constituir en poco tiempo una hiperestesia cutánea tan pronunciada que no le permitia tolerar el mas mínimo contacto con los objetos. Al mismo tiempo sobrevinieron dolores reumatóideos en las articulaciones; los miembros y la cara se pusieron tumefactos y se cubrieron de numerosas manchas de un color violeta oscuro, de diferentes dimensiones, lisas y no haciendo eminencia arriba de la superficie de la piel. Con estos fenómenos coincidió un infarto considerable de los gánglios del áxila derecha y del cuello.

Requerida la asistencia de un médico, diagnosticó este una afeccion cutánea y en consecuencia sometió al enfermo al empleo de los arsenicales, baños sulfurosos, etc. Este tratamiento produjo alguna mejoría, pero otros síntomas debian fijar mas adelante la atencion.

La sensibilidad de la mano y pié derechos comenzó entónces á disminuir de una manera notable y un dia despues de haber tomado un baño sulfuroso, observó una gran ampolla en la planta del pié derecho, situada al nivel de las articulaciones meta-

(1) Este enfermo me fué presentado por mi apreciable amigo el Dr. Juan A. Kelly.

tarso-falánjicas y cerca del borde interno del órgano. Esta estensa flictena se rompió y dió salida á un líquido blanquecino espeso; fué reemplazada en seguida por una úlcera de un centímetro de diámetro, de bordes sumamente callosos, de carácter atónico, y desde entónces hasta el dia de nuestro exámen ha continuado dando lugar á la secrecion de un pus bastante fétido.

ESTADO ACTUAL

El estado general es bastante satisfactorio: sus funciones se hallan en integridad fisiológica.

Los miembros superiores é inferiores y la cara, especialmente la frente, conservan aún las manchas cutáneas que segun el paciente ha tenido desde el principio de su dolencia; solamente la coloracion se ha modificado, de tal manera que hoy son de un gris ceniciento y en algunos puntos poco perceptibles.

La piel de la mano y pié derecho tiene un aspecto liso, brillante y la sensacion que acusa al tacto revela que ha sufrido algunas modificaciones que han alterado sus caractéres físicos. Merece llamar la atencion este hecho que nos ha referido el enfermo: el pié y la mano derechos sudan mucho menos que los del lado opuesto.

Las uñas del pié derecho comparadas con las del izquierdo hacen observar un grado de perturbacion en su nutricion: son gruesas, desiguales, irregulares, etc, en una palabra, han comenzado á sufrir la influencia de la causa general de la enfermedad. En la mano atacada no se observan fenómenos análogos.

Las sensibilidades táctil, dolorosa y térmica están muy disminuidas en la mano derecha hasta la altura de la mitad del antebrazo. En la mano izquierda se conservan fisiológicas.

La hiperestesia plantar del lado derecho dificulta notablemente la marcha que tiene que verificarse con el pié en flexion, de tal modo que solamente el talon toca el suelo. En la parte anterior se halla una úlcera cuyos caractéres hemos ya señalado. Las sensibilidades dolorosa y térmica completamente abolidas; la táctil existe aunque muy disminuida.

El infarto ganglionar persiste aún en el áxila derecha y en

el cuello existe igualmente en el mismo lado, de tal manera pronunciado, que produce una cierta deformacion.

DIAGNÓSTICO

El estudio detenido de este interesante caso me permite arribar al diagnóstico de una lepra maculosa que ha adquirido ya algunos de los caractéres de la forma anestésica. Mi opinion es que con el trascurso de los años este enfermo llegará á adquirir las profundas lesiones que hemos descrito al ocuparnos de los enfermos en los cuales la gafeira ha alcanzado un alto desarrollo.

